جامعة قناة السويس

كلية التربية

قسم التربية الخاصة



فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين

رسالة مقدمة من

الباحث / وليد جمعه عثمان حسن

ليسانس آداب وتربية – جامعة الزقازيق
دبلوم مهني في التربية الخاصة – جامعة الزقازيق
دبلوم خاص في التربية الخاصة – جامعة الزقازيق
دبلوم الإرشاد وعلم النفس الإكلينيكي – جامعة طنطا

للحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص (تربية خاصة)
كلية التربية – جامعة قناة السويس

إشـــراف

أ.د/ محمد محمد شوكت
أستاذ التربية الخاصة
كلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس

أ.د/ عبد الناصر السيد عامر
أستاذ علم النفس التربوي
كلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس

٢٠١٤

جامعة قناة السويس
كلية التربيه بالاسماعيليه
الدراسات العليا

=====

الموافقـــه

=====

الاســم / وليد جمعة عثمان حسن حسين

الموضوع / فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الاطفال التوحديين

للحصول على درجة الماجستير في التربيه
تخصص " التربية الخاصة "

ا٠د/ محمد محمد شوكت
استاذ التربية الخاصة بالكلية
"مشرفا ورئيسا"

ا٠د/ عادل العدل
استاذ علم نفس تربوى بكلية التربيه بالزقازيق
"عضوا ومناقشا"

ا٠د/عبد الناصر السيد عامر
استاذ علم نفس التربوى بالكلية
"مشرفا وعضوا"

ا٠د/ هاله رمضان عبد الحميد
استاذ التربيه الخاصة بكلية التربيه
"عضوا ومناقشا"

تاريخ المناقشة ١٨/١١/٢٠١٤م

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى في كتابه العزيز:

"فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفاءً وَأمَّا مَا يَنْفَعُ النّاسَ فَيَمْكُثُ فِي الاَرْضِ"

صدق الله العظيم

سورة الرعد (الآية ١٧)

اسم صاحب الرسالة	وليد جمعه عثمان حسن.
عنوان الرسالة	فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.
الكلية	كلية التربية.
القسم العلمي المانح للرسالة	قسم التربية الخاصة.
موقع الكلية (المحافظة)	الإسماعيلية.
الدرجة العلمية	ماجستير التربية (تخصص تربية خاصة).
لغة الرسالة	اللغة العربية.
أسماء لجنة الإشراف	أ. د/ محمد محمد شوكت & أ. د/ عبد الناصر السيد عامر.

الملخص

تأتي خدمات التدخل المبكر والتي تعد تربية مبكرة من نوع خاص لتهتم برعاية وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، وهو ما أكدته العديد من الدراسات السابقة. وتهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من (٤-٦) سنوات، وكذلك التحقق من استمرارية فعالية البرنامج. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (إعداد محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، وإشراف: محمود السيد أبو النيل، ٢٠١١)، ومقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (تقنين: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥)، ومقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث)، وبرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث). وتكونت عينة الدراسة من (٦) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الخفيف على مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد من الملتحقين بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بمحافظة الشرقية، وأعمارهم الزمنية تتراوح ما بين (٤-٦) سنة، بمتوسط عمري (٥.٣) وانحراف معياري (٠.٥٤)، وتراوحت معاملات ذكائهم ما بين (٥٥ – ٧٠) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- توجد فروق دالة إحصائياً (بمستوى دلالة ٠.٠٠٥) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة).

التطبيقات التربوية: تقدم هذه الدراسة برنامج تدخل مبكر قائم على مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الأمر الذي يفيد في وضع البرامج التربوية الخاصة بهم.

الكلمات المفتاحية: برنامج تدخل مبكر، مهارات العناية بالذات، الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، عدد خلقه، ورضا نفسه، وزنه عرشه، ومداد كلماته، يارب لك الحمد كما يليق بجلال قدرتك وعظيم سلطانك، حمداً دائماً طيباً مباركاً فيه ملء السموات والأرض وما بينهما، والصلاة والسلام على أشرف خلق الله، وخاتم رسله النبي الأمي الذي تتلمذ في مدرسته العلماء، خير من أقلت الأرض وأشرف من أظلت السماء، صلوات ربي وتسليماته عليه وعلى آله، ومن اقتفى أثره وسار على سنته إلى يوم الدين.

وعرفاناً بالجميل أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير وبكل معاني الإجلال والاحترام والعرفان إلى العالم الجليل أستاذي **الأستاذ الدكتور/ محمدمحمد شوكت – أستاذ التربية الخاصة بكلية التربية** الذي علمني كيف يكون العطاء بلا حدود فلم يدخر وقتاً ولا توجيهاً عن متابعة الدراسة في كل مراحلها فضلاً عما منحني إياه من جهد وافر وعون صادق في إمدادي بعلمه الغزير ونصحه السديد أدام الله عليه نعمة الصحة والعافية.

وبكل معاني الحب والإجلال والاعتراف بالجميل أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى **الأستاذ الدكتور/ عبد الناصر السيد عامر – أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية** الذي كان لإشرافه ورعايته وتوجيهاته الأثر الكبير في إنجاز هذه الدراسة أدام الله عليه نعمة الصحة والعافية.

وأتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى **الأستاذ الدكتور/ عادل محمد العدل – أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي بكلية التربية بجامعة الزقازيق** على قبول سيادته مناقشة هذه الدراسة.

وأتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى **الدكتوره/ هالة رمضان عبد الحميد – أستاذ مساعد ورئيس قسم التربية الخاصة بكلية التربية** على قبول سيادتها مناقشة هذه الدراسة.

وأتقدم بعظيم الحب والمودة إلى كل أطفال اضطراب التوحد وأولياء أمورهم الذين كان لي شرف تأهيلهم فلولاهم ما كتب لهذه الدراسة أن ترى النور طالباً من المولى عز وجل أن يعينني على إكمال رسالتي معهم.

وأتقدم بكل معاني الحب والاحترام والتقدير إلى أبي وأمي الحبيبين أطال الله عمرهما فقد كافحا من أجلي وضحيا بالكثير فجزاهما الله عني خير الجزاء ومتعهما بوافر الصحة والعافية.

وإلى أخي العزيز الغالي **إيهاب** الذي حلمنا سوياً بغدٍ أفضل راجياً من الله العلي القدير أن يحفظه في غربته وأن يحقق كل أحلامه وأن يجمعنا في أقرب وقت.

وأتقدم بكل معاني الحب والاحترام والتقدير والاعتراف بالجميل إلى كل من علمني حرفاً يوماً ما وقدم لي النصح والإرشاد.

وما كان من توفيق فمن الله وما كان من تقصير فمن نفسي،

وفوق كل ذي علم عليم.

الباحث

أولاً: قائمة المحتويات

تابع قائمة المحتويات

تابع قائمة المحتويات

ثانياً: فهرس الجداول

ثالثاً: فهرس الملاحق

رابعاً: فهرس الأشكال

الفصل الأول

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- مقدمة الدراسة.
- مشكلة الدراسة.
- هدف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- محددات الدراسة.

مدخل إلى الدراسة

مقدمـة:-

إن الثروة البشرية هي أغلي ما تملكه الدول من ثروات بل يتوقف عليها تنمية واستثمار الثروات الأخرى، وتحتل مرحلة الطفولة أهمية خاصة في حياة الإنسان، فالطفولة صانعة المستقبل، وتُقاس درجة تقدم الأمم بمدى الاهتمام الذي تقدمه لأبنائها بجميع فئاتهم ومدى إعدادهم وتأهيلهم في جميع المجالات، وانطلاقاً من مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية اعترفت المجتمعات بحق المعاقين في التربية والتعليم وفي تنمية قدراتهم إلى أقصى درجة.

ويعتبر اضطراب طيف التوحد شكل من أشكال الاضطرابات النمائية الناتجة عن حدوث نمو غير طبيعي في المخ، وهو ما يظهر تأثيره في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، وأيضاً على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والارتباط بالعالم الخارجي، ويعتبر اضطراب طيف التوحد واحداً من الاضطرابات التي تؤثر في الجوانب المختلفة لنمو الطفل (عزه سعيد عرفة، ٢٠٠٨، ص٢٢).

ويعد الطبيب النفسي ليوكانر Leo kanner أول من عرف اضطراب طيف التوحد من خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة من الأطفال المعاقين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية حيث وصف السلوكيات والخصائص المميزة لاضطراب طيف التوحد والتي تشمل: عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتقليد (Kanner، ١٩٤٣، ص٥٠).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٣، ص٣) في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 اضطراب طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على عدة مجالات لعملية التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، كما يتسم أيضاً بوجود نوع من الأداء غير السوي في ثلاثة مجالات هي: التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوك النمطي المقيد التكراري".

ويقدر انتشار اضطراب طيف التوحد مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص، وتزداد الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١ ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية أيه علاقة باضطراب طيف التوحد (ماك كانهان Mc Cannahan، ٢٠٠٢ ، ص٩٠).

وتشير الإحصائيات الحديثة إلى أن نسبة الإصابة باضطراب طيف التوحد في ازدياد مقارنة مع الاضطرابات العقلية الأخرى كالصرع والإصابة الدماغية والإعاقة الفكرية، أما مركز الأبحاث في جامعة كمبردج فقد اصدر تقريراً بازدياد نسبة اضطراب طيف التوحد حيث أصبحت ٧٥ حالة في كل ١٠٠٠٠ طفل من عمر (٥- ١١) سنة، وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً وهو ٥ حالات في كل ١٠٠٠٠ طفل.

(American Psychiatric Association, 2013,70)

ومن أهم الصعوبات التي تواجهه هذه الفئة هي صعوبة التشخيص نظراً لتشابها مع فئات عديدة، ومعظم الباحثين المهتمين باضطراب طيف التوحد يشيرون إلى قضية التشابه بين سلوك اضطراب طيف التوحد وسلوكيات

اضطرابات أخرى مثل: الإعاقة الفكرية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل (عثمان لبيب فراج، ١٩٩٤، ص٣٤).

ويشير عبد الرحمن بخيت (١٩٩٨، ص٢٣٢) إلى أن التشخيص من أهم الصعوبات التي تواجه هذه الفئة، فضلاً عن التداخل الحاد بين اضطراب طيف التوحد من ناحية، وبين الكثير من اضطرابات الطفولة الأخرى في العديد من الأعراض بما يؤدي إلى التأخر في اكتشاف وتشخيص إصابة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

ويتفق إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩، ص٢٣) مع ما سبق حيث يرى أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكثر العمليات صعوبة، ويرجع ذلك إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخرى، ولأن بعض الأطفال قد نجد في سلوكهم وخصائصهم أو في سمات شخصيتهم بعض من سمات اضطراب طيف التوحد على الرغم من أنهم ليسوا كذلك.

وتعد السنوات الأولى في حياة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد من أهم مراحل نموه حيث أنها السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته الإنسانية ووضع اللبنات الأولى لبنائها، ولا تعود نتائج الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في هذه المرحلة إليهم فحسب بل تعود على المجتمع ككل على المدى البعيد. وتأتي خدمات التدخل المبكر والتي تعد تربية مبكرة من نوع خاص لتهتم برعاية وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، وذلك منذ اكتشاف الاضطراب مباشرة.

ولقد أكدت دراسات مختلفة على ضرورة وجود برامج تدخل مبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لمواجهة جوانب القصور المختلفة لديهم حيث ثبت فعالية هذه البرامج (جيرالدا، وفريدا Gerald & Frida ، ٢٠٠٣ ؛ وراضي الواقفي، ٢٠٠٤ ؛ وشيندلر، وهورنر Schindler & Horner ، ٢٠٠٥ ؛ ولايتمور، وبيرسون، وريد Lattimore , Parsons & Reid، ٢٠٠٦ ؛ وعزة سعيد عرفة، ٢٠٠٨ ؛ وسهى أحمد أمين، ٢٠٠٨).

كما توصلت العديد من الدراسات إلى ضرورة تقديم برامج تدريبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بغرض تنمية مهارات العناية بالذات لديهم حيث أكدت هذه الدراسات فعالية البرامج (كاروثرس، وتايلور Cartothers & Taylor، ٢٠٠٤ ؛ ووليري، وبيرتون، وهاينWolery Burton & Hine ، ٢٠٠٥ ؛ وديمير ومكادوا Demyer & Mcadoo،٢٠٠٦ ؛ واكسيس Eikeseth ، ٢٠٠٨ ؛ وكيهل Kyhl ، ٢٠٠٨ ؛ ومشيرة على الدين يوسف، ٢٠٠٩ ؛ وبلقيس إسماعيل داغستاني ، ٢٠١١ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣).

وهكذا يتضح أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من قصور في مهارات العناية بالذات، كما يتضح فعالية برامج التدخل المبكر – في بعض الدراسات السابقة – في تنميتها لديهم، حيث أن أغلب الدراسات السابقة ركزت على تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة متقدمة من العمر تبدأ من عمر المدرسة وحتى المراهقة.

ولذلك قام الباحث بالتحقق من فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك على عينة من الذكور فقط.

مشكلة الدراسة:-

لاحظ الباحث خلال عمله مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، ومع فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل خاص . في مجمع الجفالي للرعاية والتأهيل بالمملكة العربية السعودية ومستشفى السلامة بمحافظة الشرقية . وجود عدد كبير من المشكلات ونواحي القصور التي يعاني منها هؤلاء الأطفال سواء كانت مشكلات سلوكية، أو انفعالية، أو اجتماعية، ومن بينها عجز الطفل ذي اضطراب طيف التوحد عن أداء مهارات العناية بالذات مثل: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة. الأمر الذي يؤدي إلى وجود قصور في أداء المهارات الاستقلالية التي تساعد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أداء باقي المهارات الأخرى بشكل مناسب، وهو ما يؤثر كذلك بالسلب على أسرهم؛ نظراً لحاجتهم الدائمة للاعتماد على الأسرة في أداء تلك المهارات.

ولهذا قام الباحث بالإطلاع على الدراسات السابقة التي اهتمت بخصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووجد أنها تؤكد على وجود قصور في مهارات العناية بالذات لديهم (أنوبي، ولازيكا، وكوباى Inoue, Lizuka & Kobayahi، ١٩٩٤ ؛ وكاروثرس وتايلور Carothers & Taylor ، ٢٠٠٤ ؛ ووليري، وبيرتون ، وهاين Wolery , Burton & Hine ، ٢٠٠٥ ؛ واكسيس Eikeseth ، ٢٠٠٨ ؛ وكيهل Kyhl ، ٢٠٠٨ ؛ وجيهان حسين سليمان، ٢٠١١ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣).

ومما سبق عرضه يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:-

ما فعالية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة)، وما استمرارية هذه الفعالية ؟

ويتفرع من هذا السؤال السؤالين التاليين:

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده؟

هدف الدراسة:-

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من (٤-٦) سنوات، وكذلك التحقق من استمرارية فعالية البرنامج.

أهمية الدراسة:-

الأهمية النظرية:

١- تتناول الدراسة جانباً هاماً وظاهرة واضحة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتمثل في ضعف مهارات العناية بالذات والمهارات الاستقلالية بشكل عام وهو ما أكدته العديد من الدراسات السابقة.

٢- مساعدة وتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على تنمية مهارات العناية بالذات لديهم من خلال مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة.

٣- تقدم هذه الدراسة إطاراً نظرياً قد يستفيد منه العاملون بحقل ذوي الاحتياجات الخاصة عامة، والمهتمون باضطراب طيف التوحد بصفة خاصة.

الأهمية التطبيقية:

١- تقديم برنامج تدخل مبكر قائم على مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الأمر الذي يفيد في وضع البرامج التربوية الخاصة بهم.

٢- مساعدة أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال المساهمة في توفير برامج تدريبيه يمكنهم تطبيقها في المنزل لتدريب الطفل التوحدي على مهارات العناية بالذات.

٣- إعداد مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

<u>مصطلحات الدراسة:-</u>

تشتمل الدراسة الحالية على التعريفات الإجرائية التالية:

الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد Children with autism spectrum disorder:

يقصد الباحث بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "الأطفال الذين تم تشخيصهم ضمن اضطراب طيف التوحد بواسطة (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو أخصائي التخاطب)، وينطبق عليهم مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد (إعداد: جيليام جيمس، وترجمة وتقنين: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥)، وتتدرج أعمارهم ما بين ٤- ٦ سنوات، وتتراوح معاملات ذكائهم ما بين ٥٥- ٧٠ درجة على مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة".

برنامج التدخل المبكر Early Intervention Program:

يقصد الباحث ببرنامج التدخل المبكر "برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية وتربوية تستند إلى مبادئ وفنيات علاجية، وذلك لتقييم مجموعة من الخبرات والمواقف، والأنشطة والمهام المختلفة التي تدخل في إطار التدخل المبكر، ويتم تقديمها في سن مبكرة (من الرابعة إلى السادسة)، لمجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، بهدف العمل على التقليل من آثار اضطراب طيف التوحد على الطفل وأسرته إلى أقصى حد ممكن".

مهارات العناية بالذات Self-care Skills:

يقصد الباحث بمهارات العناية بالذات " تلك المهارات التي تشتمل على؛ مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة، وذلك كما تُقاس بمقياس تقدير مهارات العناية بالذات إعداد الباحث الحالي".

<u>محددات الدراسة:-</u>

تتحدد الدراسة الحالية في:

- العينة المستخدمة فيها : وهي (٦) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الخفيف على مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد . حيث تتراوح درجة التوحدية لديهم من ٨٠ إلى ٨٥ درجة وهو ما يمثل أقل من

المتوسط على المقياس من الملتحقين بأكاديمية (الحنان) بمحافظة الشرقية وأعمارهم الزمنية تراوحت ما بين (٤–٦) سنة، ومعاملات ذكائهم ما بين (٥٥–٧٠) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة.

- والأدوات المستخدمة فيها وهي:

- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (إعداد: محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، وإشراف: محمود السيد أبو النيل، ٢٠١١).
- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (إعداد: جيليام جيمس، وترجمة: عادل عبد الله، ٢٠٠٥).
- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).
- برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).
- استمارة دراسة حالة لجمع المعلومات عن الطفل ذي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).
- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).
- والأسلوب الإحصائي المستخدم فيها وهو اختبار (ت) t-test البارامتري.
- والمنهج المستخدم وهو المنهج شبة التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) ، وقياس قبلي وبعدي وتتبعي؛ لمعرفة فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.
- الحدود المكانية وهي تتحدد بأكاديمية (الحنان) بمحافظة الشرقية حيث تتوفر عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة.
- الحدود الزمانية وهي مدة تطبيق البرنامج في الفترة من ٢٠١٣/١٢/٥ إلى ٢٠١٤/٣/٥.

الفصل الثاني

الفصل الثانـي

الإطـار النظري

- تمـهيد.
- المحور الأول: اضطراب طيف التوحد.
- المحور الثاني: التدخل المبكر.
- المحور الثالث: مـهارات العنايـة بالذات.
- تعقيب عام علـى الإطار النظري.

الإطار النظري

تمهيد:-

يتضمن هذا الفصل عرضاً للمصطلحات الأساسية للدراسة الحالية، حيث يتم العرض من خلال ثلاثة محاور أساسية وهي كما يلي:

- **المحور الأول: اضطراب طيف التوحد**، وفيه يتم تناول اضطراب طيف التوحد من حيث مفهوم اضطراب طيف التوحد، ونسبة الانتشار، والأسباب المتنوعة له، وخصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- **المحور الثاني: التدخل المبكر**، وفيه يتم تناول مفهوم التدخل المبكر، وأهداف التدخل المبكر، وأهمية التدخل المبكر بوجه عام وفي اضطراب طيف التوحد بوجه خاص، ومبادئ التدخل المبكر، وفريق العمل في برامج التدخل المبكر.
- **المحور الثالث: مهارات العناية بالذات**، وفيه يتم تناول مفهوم العناية بالذات، ومجالات العناية بالذات، والتدريب على مهارات العناية بالذات.

المحور الأول: اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder:

تمهيد:-

يعتبر اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة وانطواء على الذات.

ويشير إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩، ص٣٢) ، وجيهان مصطفى (٢٠٠٨، ص١٨) إلى أن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي لا يمكن تجاهلها الآن، وذلك لأن اضطراب طيف التوحد يعد أحد أكثر الاضطرابات انتشاراً في الوقت الراهن حيث أن أعداد الأطفال المصابة به أخده في الازدياد.

أولاً: مفهوم اضطراب طيف التوحد:-

لم يتفق الباحثون حتى الآن حول مصطلح محدد لهذا الاضطراب؛ فأُستخدمت مرادفات متعددة لمصطلح Autism منذ أن قام كانر بتعريفه للمرة الأولى عام (١٩٤٣)، حيث ترجم المصطلح إلى:

التوحد - الأوتيزم - الذاتوية - الأوتيستية - الاجترار (اجترار الذات)- الأوتيزم الطفلي - متلازمة كانر- التوحد الطفولي المبكر - ذهان الطفولة - فصام الطفولة - الانغلاق الطفولى - استثارة الذات - الاضطراب الارتقائي الشامل - الفصام الذووي (ذاتي التركيب) - التمركز الذاتي. وأحياناً يشار إلى متلازمة الأعراض التي حددها كانر باسم الأوتيزم الكلاسيكي.

والباحث يفضل استخدام مصطلح اضطراب طيف التوحد للأسباب الآتية:

١- استخدام مصطلح اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام ٢٠١٣.

٢- أنه المصطلح الأكثر شيوعاً واستخداماً في الدراسات حيث اتفق عليه الكثير من الباحثين.

٣- أنه يشير إلى الخصائص الرئيسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهي: قصور مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي بجميع أشكاله.

ويشير جيلبرج وكولمان Gillberg & Coleman (٢٠٠٠، ص٦٢) إلى وجود تباين بين الباحثين حول مصطلح اضطراب طيف التوحد، والذي يعكس تطوراً تاريخياً، وكذلك يشير إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد، ولذلك نشأت تعريفات مختلفة له والتي من بينها ما يلي:

من أكثر التعريفات المقبولة التي اقترحت لتعريف اضطراب طيف التوحد تعريف كل من ريتفو وفريمان Ritvo& Freeman (١٩٨٧) وقد أخذت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society For Autistic Children (NSAC) بهذا التعريف، ويشير إلى أن اضطراب طيف التوحد تظهر أعراضه قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً، ويتضمن الخصائص والأعراض التالية:

اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات، واضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

ويتفق ما ذكره عادل الأشول (١٩٨٧، ص١١٢) مع ما كتبه عبد المنعم الحفني (١٩٧٨، ص٨٠) في أن اضطراب طيف التوحد هو الانشغال بالذات، وأنه اضطراب اتصالي خطير، ويبدأ قبل ٣٠ شهراً من عمر الطفل، ويتصف كلام الطفل بأنه عديم المعنى، وينسحب الطفل داخل ذاته وليس له اهتمام بالأفراد الآخرين ولديه ميولاً للحيوانات والانشغال بأشياء تافهة، وأطلق على اضطراب التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو عرض كانر.

أما عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢، ص٥٣) فيريان أن لاضطراب طيف التوحد عدة معاني منها: اجترار الذات، والاجترارية، واستثارة الذات، والأتوسية، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين ٣٠:٤٢ شهراً ، ويؤثر في سلوكهم فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على النفس وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر، ويطلق على هذه الحالة فصام الطفولة أو عرض كانر.

وتتفق كرستين مايلز (١٩٩٤، ص١٨٥) مع ما سبق بأن اضطراب طيف التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلا جداً.

وتعرف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٦، ص٣) اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب شديد يشمل نواحي نمائية متعددة، وتتضمن مجموعة من الأعراض الأساسية وهي: القصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوكيات النمطية، ومحدودية النشاطات والاهتمامات، وتظهر هذه الأعراض قبل سن الثالثة.

ويذكر ماجد عمارة (١٩٩٩، ص١٠) أن اضطراب طيف التوحد حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء، وعدم الاهتمام بوجود الآخرين وتجنب أي تواصل معهم خاصة التواصل البصري، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد والطفل المنغلق نفسياً، لديه سلوك نمطي وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

ويرى دينلاب وفوكس Dunlap & Fox (١٩٩٩، ص٧) أن اضطراب طيف التوحد متلازمة من الأعراض تؤثر على قدرة الطفل في ثلاثة جوانب أساسية وهي: التواصل وفهم اللغة، واللعب، والتفاعل مع الآخرين، ويظهر ذلك أثناء الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل، ويحدث بمعدل ٥ حالات لكل عشرة آلاف مولود، ويصنف ١٠% من الحالات على أنهم توحديون.

ويذهب ريتشارد وماثيو Richard & Matthew (٢٠٠٢، ص٣٣٢) إلى أن اضطراب طيف التوحد إعاقة نمائية تؤثر بشكل أساسي في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ويبدأ تأثير الإعاقة قبل سن الثالثة، ويؤثر على أداء الطفل التعليمي، وهناك بعض السمات الشخصية التي تصاحب التوحد مثل: الحركات النمطية والأنشطة التكرارية ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة له، ولديه أيضا استجابات غير طبيعية للمثيرات الحسية.

وتشير سهى أمين (٢٠٠٢، ص٢٠) إلى أن اضطراب طيف التوحد نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته، وتؤثر على جميع جوانب نموه، وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات على التواصل سواء كان تواصلاً لفظيًا أو تواصلاً غير لفظي، وأيضًا على العلاقات الاجتماعية، وعلى أغلب القدرات العقلية، ويظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويفقده الاتصال والاستفادة مما حوله سواء أشخاص، أو خبرات أو تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه وقد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

ويتفق نايف الزارع (٢٠٠٣، ص٢٣) مع ما سبق حيث يعرف اضطراب طيف التوحد على أنه عبارة عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر على مختلف نواحي النمو الممثلة في الأبعاد النمائية التالية (بعد العناية بالذات والبعد اللغوي والتواصلي والبعد المعرفي والبعد السلوكي والبعد البدني (الجسمي) والبعد الأكاديمي والبعد الاجتماعي والانفعالي والبعد الصحي والبعد الحسي)، ويظهر اضطراب التوحد في سن الثالثة، ولا يوجد سبب رئيسي لاضطراب التوحد كما أنه لا يوجد علاج تام منه، وقد يكون لدى التوحديين قدرات خاصة في بعض الجوانب، وقد يكون التدخل المبكر من أفضل طرق تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

في حين تشير وفاء الشامي (٢٠٠٤، ص١٩) إلى أن اضطراب طيف التوحد "اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتخيل".

أما أميرة عمر حسين (٢٠٠٧، ص٢٥٦) فتعرف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب حسي يؤثر على استقبال الإشارات والمعلومات القادمة من المخ، مما يؤثر على طبيعة تفاعل الطفل مع الأشخاص والأشياء، مما يجعله منعزلاً، وغير قادر على تكوين علاقات إنسانية سوية.

ويعرف عادل عبد الله (٢٠٠٨، ص٢٥) اضطراب طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي أو تطوري يؤثر سلباً بطبيعة الحال على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي من جانب الطفل، وعادة ما يظهر هذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره مما يجعل من شأنه أن يؤثر سلباً على أداء الطفل بشكل عام".

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية اضطراب طيف التوحد بأنه "اضطراب يتميز بعجز في بعدين أساسيين هما؛ قصور في مهارات التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، ووجود سلوكيات نمطية تكرارية، ومحدودية النشاطات والاهتمامات، على أن تبدأ هذه الأعراض في الظهور في فترة نمو مبكرة مسببة ضعفاً شديداً في الأداء الاجتماعي والمهني"
.(Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, 2013,31)

ومن التعريفات السابقة يستخلص الباحث تعريفاً للطفل ذي اضطراب طيف التوحد بأنه ذلك الطفل الذي يعاني من تأخر في النمو يبدأ في الظهور قبل اكتمال السنة الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته، واستغراق في التفكير، مع قصور في التفاعل الاجتماعي، وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما يتصف بضعف في مهارات الخيال، ومهارات التقليد، ومهارات العناية بالذات.

ثانياً: نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:-

تعددت الدراسات التي ذكرت نسبة ومدى شيوع اضطراب طيف التوحد حيث أشار (عادل عبد الله،٢٠٠٨، ص٢٥) أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد ارتفعت بدرجة كبيرة حيث أصبح متوسطها ١:٢٥٠ حالة ولادة وذلك وفقاً للإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب طيف التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية.

ويتفق معظم الباحثين على أن اضطراب طيف التوحد يحدث مبكراً خلال العامين الأولين من حياة الطفل وقبل ثلاثين شهراً على الأكثر ويستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (٥) أطفال من بين كل ١٠٠٠٠ آلاف طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور به (٣-٤) أضعاف الإناث (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٤٥٢ ؛ ورشاد موسى، ٢٠٠٢، ص٣١٢ ؛ وعادل عبد الله، ٢٠٠٢ ، ص٤٦ ؛ وعبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٤، ص٤٥).

كما أُعلن التوحد مشكلة صحية وطنية في جلسة استماع الكونجرس الأمريكي في أبريل عام ٢٠٠٢ حيث تشير التقارير إلى وجود نحو مليون ونصف المليون مصاب باضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية بمفردها في ذلك الوقت، وأن هناك زيادة سنوية تتراوح ما بين ١٠% إلى ١٧%، وتقدر تكلفة علاج الطفل الواحد طوال حياته بنحو ٥ ملايين دولار وهي إحصائيات مذهلة في الواقع لدرجة أن اضطراب طيف التوحد أطلق عليه لقب "وباء التوحد" (لورا شريبمان، ٢٠١٠، ص٨٣).

أما عن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في مصر فتذكر (علا عبد الباقي،٢٠١١، ص٣٣) أن بعض الإحصائيات - الصادرة عن عدة منظمات محلية ودولية - تقدر وجود حوالي (٣٠٠٠٠٠) ثلاثمائة ألف طفل توحدي تقريباً، وعلى الرغم من توافر الإحصائيات الدقيقة عن هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أوربا، إلا أنها لا تزال قليلة في الدول العربية، حيث لا توجد نسب حقيقية لمدى انتشار هذا الاضطراب في المنطقة العربية، ولكن معظم الدراسات التي أجريت تؤكد على أن اضطراب طيف التوحد يظهر في جميع الدول، وفي كل المجتمعات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، ولا يرتبط ظهوره بطبقة أو سلالة دون أخرى، ولا بالمستويات التعليمية للأسرة، وأن الأعداد المصابة بهذا الاضطراب أخذه في الزيادة في جميع دول العالم.

ثالثاً: خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:-

يتصف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمجموعة من الخصائص والتي تتمثل فيما يلي:

١- ضعف التفاعل الاجتماعي:-

يشير كل من (كمال زيتون، ٢٠٠٣، ص٢٥ ؛ ومحمد خطاب،٢٠٠٥، ص١٥) إلى أن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد يعانى من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، وميله الدائم للتواجد بعيداً عنهم، ومقاومته لمحاولات اقتراب الأخرون منه أو معانقته.

٢- القصور اللغوي:-

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لاضطراب طيف التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كل من ريتا جوردن، وستيوارت بيول (٢٠٠٧، ص٢) أنه يوجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نقصاً واضحاً في اللغة، والاتصال اللفظي، وغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها، والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ، والجوانب العملية للمعنى.

٣- السلوك النمطي المتصف بالتكرار:-

أكدت دراسة بيكلين Biklen (٢٠٠٢) أن السلوك النمطي لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد يتضمن: حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة، وإيذاء النفس بشكل مستمر، وهوس الرتابة وعدم احتمال التغيير، وصدى كلامي، ورفه العينين ونغز متكرر، ورفرفة اليدين، وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

ويشير عبد العزيز الشخص (٢٠٠٣، ص٣٥) إلى أن أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية، والاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار)، والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة، واللازمات الحركية النمطية والمتكررة، والانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله.

٤- عدم القدرة على اللعب التخيلي:-

يذكر لويس كامل مليكه (١٩٩٨، ص٢٧٣) أن في السنوات الأولى من الحياة يلعب الطفل ذو اضطراب طيف التوحد اللعب الاستطلاعي المألوف غالباً أو في حده الأدنى، ويتناول الألعاب غالباً بأسلوب يختلف عن الاستخدام المقصود، فمثلاً قد يلف الطفل عجلة لعبة لفترة طويلة من الزمن دون أن يحركها يميناً أو يساراً أو دون أن يحاول تسيير العربة على الأرض.

٥- البرود العاطفي الشديد:-

من الخصائص التي تلاحظ على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين (جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٥، ص٣٣ ؛ عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٤، ص٣٥).

٦- يظهر اضطراب طيف التوحد قبل سن الثالثة:-

عادة ما يبدأ اضطراب طيف التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، وتكون الأعراض قد بدأت في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل حدة الطبع، وضعف التغذية، ومشكلات النوم، وهذه الأعراض من الممكن أن تظهر من العام الأول ومن الممكن أن تبدأ بعد العام الأول (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠١، ص٣٤٢).

٧- نوبات الغضب وإيذاء الذات:-

تذهب سوسن الجلبي (٢٠٠٥، ص٣٠) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يثورون في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد الأسرة أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايتهم وتأهيلهم، ويتصف هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس، وقد تشكل عدوانية الطفل إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع اصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء الأدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض.

٨- انخفاض مستوى الوظائف العقلية:-

يشير جمال تركي (٢٠٠٤، ص١٣٥) إلى أن حوالي ٤٠% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٥) درجة وحوالي ٣٠% يتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) ويلاحظ أن حدوث اضطراب طيف التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي ٢٠% من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي، ودراسة سجلات معدلات ذكاء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير المجرد حيث تشير إلى وجود قصور في الوظائف المرتبطة بالقدرات العقلية.

٩- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:-

يتفق كل من (عثمان فراج، ١٩٩٦، ص٣٤ ؛ وماجد عمارة، ٢٠٠٥، ص٤٨) على أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين ممن هم في نفس عمرهم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، ففي سن (٥) أو (١٠) سنوات من العمر قد لا يستطيع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه باستقلاليه.

١٠- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:-

يؤكد كل من (عثمان فراج، ١٩٩٦، ص٥٦ ؛ وإلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ص١٦٠) على أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يبدو كما لو أن حواسهم عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فمن الممكن أن يتجاهلوا بعض الإحساسات مثل: الألم، والحرارة، والبرودة بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل: قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين ويتجنبوا أن يلمسهم أحد وأحياناً يظهروا انبهاراً ببعض الإحساسات مثل: التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح.

١١- عدم وجود تجانس في الخصائص:

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات تنوعاً في الخصائص حيث يصعب ايجاد طفلين متطابقين تماماً في نفس الأعراض حيث تختلف من طفل إلى أخر من حيث الشدة، وبعضها يختفى مع تقدم الطفل في العمر، وبعض هذه الأعراض لا تخضع للقياس الموضوعي. وقد يرجع ذلك إلى تعدد وتنوع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي؛ فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي، أو تلوث إشعاعي أو تلوث صناعي أو إلى الإصابة بالفيروسات (عمر بن الخطاب خليل،١٩٩١، ص٢٤).

كما يذكر كل من (عبد الله الصبي، ٢٠٠٢، ص٣٧ ؛ وعبد العزيز الشخص، ٢٠٠٣، ص٥٢ ؛ وكمال زيتون، ٢٠٠٣، ص٦٥ ؛ ووفاء الشامي، ٢٠٠٤، ص١٦٥ ؛ ومحمد خطاب، ٢٠٠٥، ص٩٨ ؛ وسوسن الجلبي،٢٠٠٥، ص٧٩) أن هناك مجموعة من الخصائص والأعراض الشائعة التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهي:

- الرتابة، وعدم اللعب الابتكاري، فلعبه يعتمد على التكرار والنمطية.
- الروتين ومقاومة التغيير، وعند محاولة كسر الروتين فإنه يثور بشدة.
- الانعزال الاجتماعي، فهناك رفض للتفاعل والتعامل مع الأسرة والمجتمع.
- المثابرة على اللعب وحده وعدم الرغبة في اللعب مع الأقران.
- الخمول التام أو الحركة المستمرة بدون هدف.
- تجاهل الآخرين حتى يظنون أنه مصاب بالصمم.
- الصمت التام أو الصراخ المستمر بدون أسباب.
- الانخراط في الضحك أو البكاء بدون سبب محدد.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- صعوبة فهم الإشارة ومشاكل في فهم الأشياء المرئية.
- تأخر الحواس مثل (اللمس، والشم، والتذوق).
- عدم التركيز بالعين على ما حوله.
- عدم الإحساس بالحر أو البرد.
- عدم القدرة على اللعب التخيلي.
- الخوف وعدم الخوف.
- المصاداة، والاستخدام العكسي للضمائر.
- مشاكل في التعامل مع الآخرين.
- البرود العاطفي الشديد.

رابعاً: أسباب اضطراب طيف التوحد:-

حاول الباحثون التعرف على أسباب اضطراب طيف التوحد، وقاموا بالعديد من التجارب المختلفة لمعرفة هذه الأسباب، واتجهت كل تجربة لتدعيم وجهة نظر أو نظرية معينة، ولكن هذه التجارب لم تتوصل إلا إلى معطيات فقط

عن أسباب اضطراب طيف التوحد، إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب مثل (محمد الدفراوي، ١٩٩٣، ص٥٦ ؛ وعمر بن الخطاب خليل، ١٩٩٤، ص١٠٥ ؛ ورشاد موسى، ٢٠٠٢، ص١٧ ؛ وعثمان فراج، ٢٠٠٢، ص١٥ ؛ وإبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ص٤٤٥ ؛ وسوسن الجلبي، ٢٠٠٥ ، ص٨٩ ؛ وماجد عمارة، ٢٠٠٥، ص٣٦ ؛ ومحمد خطاب، ٢٠٠٥، ص٥٥) أشارت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها: الأسرية، والنفسية، والبيولوجية، والكيميائية، وحتى الوقت الراهن لم يستطع الباحثين تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها، وفيما يلي عرض لأهم النظريات والفرضيات التي أشارت إليها بعض الدراسات واعتبرتها مسببة لحدوث اضطراب طيف التوحد.

وتنقسم الأسباب المفترضة لاضطراب طيف التوحد إلى أسباب بيولوجية، وأسباب نفسية، وأسباب جينية وراثية.

١- الأسباب البيولوجية:-

إن هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن اضطراب طيف التوحد يحدث نتيجة خلل في بعض وظائف المخ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة فكرية، كما أن انتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية والاجتماعية (عبد الله الصبي،٢٠٠٢، ص٨).

ويتفق الشيخ ذيب (٢٠٠٥) مع ما سبق حيث يذكر أن الباحثون يعتقدون أن جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من تلف دماغي ودليل ذلك أن اضطراب طيف التوحد يرافق العديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة، وكذلك وجود اختلاف في شكل أدمغة بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

كما أوضح العديد من الباحثين في مجال الإعاقة أن الأسباب البيولوجية تعد أحد العوامل المؤدية للإصابة باضطراب طيف التوحد حيث أشارت البحوث والدراسات إلى أن هناك فيروسات معينة ربما تكون من الأسباب المؤدية للإصابة باضطراب طيف التوحد مثل: فيروس الهربيز البسيط وفيروس عراك الخلايا وذلك في مرحلة ما قبل الولادة أثناء فترة الحمل (عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٤، ص٥٥).

٢- الأسباب النفسية:-

يعتبر كانر Kanner أول من أشار إلى دور العوامل النفسية كسبب في حدوث اضطراب طيف التوحد، ووصف والدي الطفل ذي اضطراب طيف التوحد بالذكاء والميل إلى الاستحواذ والرغبة في الكمال والتعود على وضع قواعد جامدة، كما يتسم الوالدان بالبرودة العاطفية والقلق، وأطلق على هذه النظرية (البرود العاطفي).

ويرى أصحاب وجهة النظر هذه أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية الأمر الذي يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد (سوسن الجلبي،٢٠٠٥، ص٣٨).

وفي المقابل تتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد، ومن ذلك دراسة عمر بن الخطاب (١٩٩٤) حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين شخصيات أباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على اختبار إيزيك للشخصية وهو ما يؤكد خطأ نظرية (البرود العاطفي).

٣- الأسباب الجينية والوراثية:-

ترى التفسيرات الجينية أن وجود خلل في الجينات أو الكروموزومات في مرحلة مبكرة للطفل يؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد، حيث أجريت دراسات رجحت الأساس الجيني للتوحد، ولكن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة، وهناك دراسات ترى أن بعض الأجزاء في الكروموزومات تحتوى على جينات مسببة للتوحد (سايمون كوهين، وباترك بولتن، ص٢٠٠).

وتشير نعمات عبد المجيد موسى (٢٠١٣، ص ٨) إلى أن الدراسات الحديثة أكدت على الدور الأساسي للعوامل الجينية في حدوث اضطراب طيف التوحد، وهو ما يلغي النظريات الأخرى، لأن نسبة ٤:٢ % من أشقاء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانوا مصابين أيضاً باضطراب طيف التوحد، وهي نسبة تصل إلى ٥٠% أكبر مما يحدث في المجتمع العام.

٤- الأسباب البيئية:-

أوضحت دراسات كل من (فضيلة الراوي، وآمال الصادق، ١٩٩٩، ص٦٨ ؛ ووفاء شامي، ٢٠٠٤، ص٧٥ ؛ وريم معوض، ٢٠٠٤، ص٤٥ ؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٤، ص٣٦) أن هناك عوامل بيئية مساهمة في حدوث اضطراب طيف التوحد قبل ولادة الطفل مثل: عمر الأم، وإصابة الأم الحامل بالأمراض، ونوع المرض، وتناول الأم الحامل للأدوية والعقاقير، وعمر الجنين، وتعرض الأم الحامل للأشعة والإشعاع، والحالة الانفعالية للأم، وسوء تغذية الأم الحامل أو تعاطيها للكحول، ونزف الأم بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل.

ومن العوامل البيئية التي تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد استخدام بعض الأدوية واللقاحات مثل MMR وهو لقاح مركب للحماية من الإصابة بالنكاف والحصبة الألمانية، وقد تم تلقيح مئات الملايين من الأطفال به في جميع أنحاء العالم على مدى السنوات الماضية، وفي عام ١٩٨٨ قام أندرو ويكفليد وفريقه في بريطانيا بإجراء دراسة صغيرة اختير لها ١٢ طفلاً نتيجة شكواهم من اضطرابات في الأمعاء، وقد ورد في التقرير أن بداية ظهور اضطراب طيف التوحد لدى أولئك الأطفال كان بعد فترة تمتد من (١ إلى ١٤) يوماً من إعطائهم اللقاح المركب، وفي ضوء ذلك افترض العالم وفريقه أن اللقاح يؤدي إلى حدوث اضطراب غير محدد في الأمعاء والذي يؤدي بدوره إلى إصابة الأطفال باضطراب طيف التوحد، إلا هذه النظرية تعرضت لانتقادات شديدة جعلت بعض أعضاء الفريق يتراجع عن هذه النتيجة، ولكن الخلاص أنه إلى الآن لا يوجد سبب رئيسي يتفق عليه الجميع ليكون سبب الإصابة باضطراب طيف التوحد (خوله يحيى،٢٠٠٠، ص٨٥).

تعقيب عام على (اضطراب طيف التوحد):-

١- تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم اضطراب طيف التوحد والتي من خلالها استطاع الباحث وضع التعريف الإجرائي لأطفال اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة الحالية.

٢- لاحظ الباحث أن معظم التعريفات تتفق على ما يلي:

- أن اضطراب طيف التوحد يظهر قبل إكمال الطفل العام الثالث من العمر.
- أن اضطراب طيف التوحد لا يوجد له سبب رئيسي مؤكد حتى الآن.
- أن أكثر المصطلحات استخداماً وانتشاراً هو اضطراب طيف التوحد.
- أن أهم سمات اضطراب طيف التوحد لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد هي وجود قصور يتراوح بين الخفيف والحاد في الجوانب التالية: مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وضعف الخيال والتقليد، وضعف مهارات العناية بالذات.

٣- لاحظ الباحث عدم وجود إحصاءات دقيقة يمكن الأخذ بها لحصر نسبة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في العالم العربي بوجه عام ومصر بوجه خاص، وإن كانت الأعداد تقترب من نصف مليون طفل في مصر مع الإشارة إلى أن هذه النسبة أخذه في التزايد على نحو مطرد خلال السنوات الأخيرة.

٤- لاحظ الباحث اختلاف أعراض اضطراب طيف التوحد وتنوع خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بحيث يندر وجود طفلين متشابهين تماماً في كل الأعراض والسمات المميزة لاضطراب طيف التوحد الأمر الذي يصعب من الاكتشاف المبكر له.

٥- لاحظ الباحث اهتمام الباحثين بدراسة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سواء من الناحية الطبية أو التربوية أو النفسية ؛ وذلك أملاً في التوصل لمعرفة أسباب اضطراب طيف التوحد، وتحديد طرق علاجه، والبرامج المناسبة لتأهيله، إلا أنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض اضطراب طيف التوحد في كل الحالات.

المحور الثاني: التدخل المبكر (Early Intervention):-

تمهيد:-

يعد التدخل المبكر من أهم الاتجاهات الحديثة التي ظهرت منذ أوائل الستينيات من القرن العشرين في ميدان رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، ونتيجة لتزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر، فقد حدث تطور كبير في كثير من دول العالم لخدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر، وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في المواقع الطبيعية – مثل الطفل العادي – في المنزل ودور الحضانة ورياض الأطفال، وأيضاً الاعتراف المتزايد بحقوق هذه الفئة في الحصول على فرص متساوية مع أقرانهم العاديين من أجل تنمية وتطوير إمكاناتهم وقدراتهم.

ولقد بدأت خدمات التدخل المبكر في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام ١٩٨٦، وذلك كجزء من قانون تعليم الأفراد المعاقين كتقدير للحاجات الملحة والمتزايدة لهذه الفئة ولتحسين وتطوير قدرات هؤلاء الأطفال، وذلك من خلال زيادة الميزانيات المخصصة، وهو ما يساعد على زيادة القدرات الاستقلالية لديهم.

ولهذا يجب أن يوضع في الاعتبار عند عملية التخطيط للتدخل المبكر عدة أمور مثل: وقت النمو واحتياجات الطفل في كل المجالات وليس فقط النقص أو الإعاقة التي يمكن أن يصاب بها، وكذلك يجب اعتبار الطفل في شموليته ومراعاة مظاهره الذاتية، والنفسية، والاجتماعية، والتربوية الخاصة بكل فرد، ثم المظاهر الخارجة عنه والمتصلة بالمحيط، والأسرة والمدرسة والثقافة والوسط الاجتماعي (الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر،٢٠٠٥، ص١٥).

وتعتبر السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل من الفترات النمائية الحرجة التي تؤثر في استجاباته لخبرات التعلم، وأيضًا في اكتساب الكثير من المهارات والسلوكيات، ويحدث التوحد في تلك الفترة الحرجة والهامة في حياة الطفل فيجد الخبرات والمثيرات التي يحصل عليها في ذلك الوقت. حيث يعد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تؤثر على تواصل الطفل مع الآخرين سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية، وأيضًا على تفاعله مع الآخرين، فضلاً عن استجاباته الحسية للمثيرات وأيضًا على الجوانب المعرفية عنده.

ولهذا أكدت الكثير من الدراسات على أهمية المرحلة الأولى في عمر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ حيث يتأسس عليها الإطار العام الذي سيتم العمل في ضوئه فيما بعد، وهذا ما أكده لوفاس Lovaas (١٩٩٣) في الدراسة التي أثبتت أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تلقوا برامج علاجية مكثفة قبل سن (٥) سنوات، كانت نتائج العلاج معهم أكثر فعالية من الأطفال الذين تلقوا العلاج بعد سن (٥) سنوات وأن التدخل السلوكي خاصة إذا كان موجهاً للطفل في عمر ثلاث سنوات لا يحتاج إلى الوقت والجهد الذي يبذله في حالة ما كان عمره وقت بدء التدخل أكبر من ذلك (سماح قاسم، ٢٠٠٦، ص١٣٥).

وتشير سهى أمين (٢٠٠٨، ص٧) إلى أن قضية التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أصبحت تحتل مكانة كبيرة على المستويين المحلي والعالمي، وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد يومًا بعد يوم تنادي بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال في الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقًا لدرجة الاضطراب والفروق الفردية بين أفراده.

ولا شك في أن التواصل الجيد – خاصة في السنوات الأولى– له أهمية كبيرة بالنسبة للطفل وأسرته وجميع من يتعامل معهم، هذا إذا ما عُلم أن العقل البشري في المراحل الأولى من التكوين البيولوجي يكون في طور النمو، وأي تدخل علاجي سواء كان تربوياً أو طبياً – في هذه المرحلة المبكرة – سوف يقوم بدور أكبر في المساعدة على تحسين هذا النمو لاسيما باستخدام بدائل ووسائل مساعدة على ذلك، وهنا نجد الطفل ذو الاحتياجات التعليمية الخاصة بحاجة إلى التواصل وإلى تنمية حواسه، وتظهر هذه الحاجة بمجرد ولادته أو بعد ذلك بفترة قصيرة، وحينما تظهر عدم قدرة الطفل على القيام بواحدة أو أكثر من مهارات النمو المختلفة تصبح احتياجات الطفل هي بؤرة اهتمام بعض الأشخاص الذين تختلف آرائهم واهتماماتهم وأولوياتهم ولكنها في نهاية الأمر يكون هدفها المُوحد هو الوصول بالطفل وبمهاراته إلى صورة مقبولة يستطيع الطفل من خلالها القيام بالوظائف الخاصة به (حصة الدخيل،٢٠٠٠، ص٤ ؛ وسور روفي،٢٠٠٧، ص٩).

<u>أولاً: مفهوم التدخل المبكر:–</u>

"نظام خدمات متعدد العناصر للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة للسنوات الست الأولى من العمر والذين لديهم حاجات نمائية وتربوية خاصة، كما أنه نظام لدعم الأسرة وإرشادها وتدريبها نحو الطفل المعاق" (جمال الخطيب،١٩٩٥، ص١٥).

ويتضمن التدخل المبكر توفير خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم والذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة وبالرغم من أنهم يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبة كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها. حيث يعتمد الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة على أسرهم في تلبية احتياجاتهم، وبالتالي فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة (جمال الخطيب، منى الحديدي،١٩٩٨، ص٣٠).

ويعني التدخل المبكر "الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، وتوفير الرعاية العلاجية والخدمات التعويضية التي تساعده على النمو والتعلم، وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته والعمل على تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في نموه وتعلمه وتوافقه، أو التقليل من حدوثها وحصرها في أضيق نطاق" (عبد المطلب أمين القريطي،٢٠٠١، ص٣٨).

ويشير سعود الملق (٢٠٠٢، ص١٥١) إلى أن التدخل المبكر "عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات المنظمة للتخفيف من الحالة غير العادية للطفل، من خلال تشجيع وتسهيل عمليات النمو الأمثل له، وتحسين سلوكه التكيفي".

والتدخل المبكر "مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر الإعاقة قبل وأثناء وبعد الولادة، وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولى، ويتضمن الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل: خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة، ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال

المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي" (زينب شقير،٢٠٠٢، ص١٤١).

وتعرفه آمال عبد المنعم (٢٠٠٣، ص٥٢) بأنه " كل ما يبذل من جهود من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف أوجه القصور والخلل في نمو الطفل ومعالجتها، ويفضل أن يبدأ التدخل منذ مرحلة ما قبل الزواج من خلال عملية الإرشاد الوراثي وفحص المقبلين على الزواج ويستمر حتى سن الخامسة من عمر الطفل".

وتذكر إيمان الكاشف (٢٠٠٤، ص٦) أن خدمات التدخل المبكر "مجموعة من الإجراءات والتدريبات المنظمة والتي تقدم للأم وللطفل لكي ينمو بصورة طبيعية قدر الإمكان من خلال استثمار قدرات الطفل الطبيعية، وأيضاً سد الخلل الناتج عن وجود الإعاقة وذلك بتدريب الطفل والأم لتنمية مهارات التواصل والتفاعل فيما بينهما".

كما أشار الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (٢٠٠٥، ص١٣) إلى أن مفهوم التدخل المبكر عبارة عن "مجموعة من التدخلات الموجهة للأطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (الميلاد – ٦) سنوات، وللأسرة وللمحيط، بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوي الاضطرابات في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة بها، هذه التدخلات، التي يجب أن تتعامل مع الطفل ككل، يجب أن يتم تخطيطها من طرف فريق من الأخصائيين في التوجيه المتعدد أو المتجاوز الاختصاصات".

والتدخل المبكر " ذلك النوع من التدخل بما يضمه ويتضمنه من خدمات مختلفة عديدة يتم تقديمها للطفل خلال السنوات الست الأولى من عمره، وأن مثل هذه الخدمات المتضمنة ترتبط من هذا المنطلق بالتربية الخاصة ويكون من شأنها أن تساهم بدور فاعل في تحقيق العديد من النتائج الإيجابية التي تنعكس آثارها على الطفل بطريقة أو بأخرى" (عادل عبد الله، ٢٠٠٦، ص٢٦٣).

ومصطلح "تربية الطفولة المبكرة" يشير إلى ممارسة التدخل المبكر أو عملية التعليم مع الأطفال قبل بدء المرحلة الأولى من التعليم المدرسي التقليدي مما يسهم في التعليم الذي يأتي فيما بعد بالنسبة للأطفال الصغار الذي يُعتقد تعرضهم لخطر مواجهة الإعاقة أو صعوبة في التعلم، أو الذين تم التعرف على بعض المشكلات التي يعانون منها، ويمكن تطبيقها منذ الميلاد بحيث تؤكد عملية التدخل الوقائي المانع (عبد العزيز الشخص،٢٠١٠، ص١٥٤).

من التعريفات السابقة يستخلص الباحث تعريفاً للتدخل المبكر بأنه تقديم مجموعة من الخدمات المتنوعة الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية التي توجه إلى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد وأسرته في وقت واحد عبر فريق متعدد التخصصات، وذلك خلال مرحلة الطفولة المبكرة (من الميلاد إلى ما قبل السادسة)، بهدف العمل على تقليل حدوث الإعاقة أو التقليل من أثارها على الطفل وأسرته إلى أقصى حد ممكن.

ثانياً: أهداف التدخل المبكر:-

تشير إيمان الكاشف (٢٠٠٤، ص٥٩٨) إلى أن خدمات التدخل المبكر تعمل في اتجاهين:

- الاتجاه الأول: وهو الأسرة ودعمها وتقديم الخدمات اللازمة لها لمساعدتها في تقبل الطفل والإعاقة.
- الاتجاه الثاني: وهو الطفل لتحقيق أقصي قدر من الاستثمار لقدراته؛ لضمان نموه إلى أقصى قدر ممكن في جميع مظاهر النمو.

ويعد الهدف الرئيسي للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو هم في خطر الإصابة بها، تدخلاً وفق نموذج يعتبر المظاهر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية متكاملة انطلاقاً من الوقاية والرعاية الاجتماعية، بحيث تزداد قدرتهم على التطور والعيش الرغد ويسمح باندماجهم الكلي في الوسط العائلي، والمدرسي، والاجتماعي، ويمكنهم من الاعتماد على أنفسهم (الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر، ٢٠٠٥ ، ص١٧).

كما حدد الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (٢٠٠٥، ص١٧) مجموعة من الأهداف الخاصة بالتدخل المبكر وهي:

١- تخفيض مضاعفات عجز أو إعاقة على المجموع الكلي لعملية نمو الطفل.

٢- تحسين مسار نمو الطفل حسب الاستطاعة.

٣- إدخال الآليات اللازمة للتعويض، وإلغاء الحواجز، والملاءمة بين احتياجات معينة.

٤- تفادي أو تخفيض ظهور نقص أو أثار ثانوية أو مرافقة ناتجة عن خلل أو وضعية جد خطيرة.

٥- الاستجابة وتلبية احتياجات ومطالب الأسرة والمحيط حيث يعيش الطفل.

٦- اعتبار الطفل فرداً فاعلاً للتدخل.

وتضيف زينب محمود شقير (٢٠٠٥، ص٣٠) أن للتدخل المبكر فوائد في حياه الطفل المعاق تتمثل في:

- تعديل اتجاهات الأسر ومساعدتها على تقبل الطفل وتدريبه.
- تأهيل الأطفال للالتحاق بالمراكز النهارية عند بلوغهم السن المطلوب.
- إعداد المتطلبات الإرشادية والعلاجية التي تساهم في إعطاء المعلومات التي تطلبها أسر المعاق.
- التعامل مع الهيئات والمؤسسات المجتمعية المختلفة.
- الاهتمام بالإعلام والتوعية المجتمعية لتدارك أسباب الإعاقة وسبل اكتشافها مبكراً ووسائل التعامل معها.
- مساعدة الطفل المعاق بما تساعده إمكاناته وقدراته.
- التخفيف من التأثيرات السلبية للإعاقة على الطفل والأسرة.
- الحد من العديد من المشكلات التي يمكن أن يعانى منها الطفل المعاق مستقبلاً.
- توفير كافة الخدمات من خلال التدخل المبكر للمعاق في مرحلة مبكرة بما يساعد على نمو قدراته وسمات شخصيته بشكل سوى.
- تعديل سلوك المعاق بما يساعد على زيادة مستوى استقلاله.
- حمايته من الانحرافات.
- تحسين قدرته على العناية بذاته واكتسابه أنماط سلوكية جديدة تتناسب مع إعاقته.
- تطوير معدلات النمو السوي لديه سواء في الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية.
- تعريف المسؤولين على كيفية حماية المعاق وفهم مطالبه وتحقيقها.
- تشجيع المعلمين على التعاون في مساعدة المعاق.

- تدعيم العلاقة بين أسرة المعاق وباقي الجهات المسئولة عن الرعاية والتعاون بينهما.
- تقليل تكاليف رعاية الطفل المعاق.

ثالثاً: أهمية التدخل المبكر:-

للتدخل المبكر أهمية خاصة ومبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة ويمكن تلخيص المبررات في الجوانب التالية:

١- إن السنوات الأولى في حياة الأطفال الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة، فينبغي عدم حرمان الطفل من أي من حقوقه وأهمها تأهيله وتعليمه وعلاجه في وقت مبكر.

٢- إن النمو ليس نتاج العوامل الوراثية فقط وإنما هو كذلك نتاج تفاعل شخصية الطفل مع البيئة، فالبيئة ومؤثراتها لها دور في تأهيل الطفل على الوجه المطلوب ليكون فعالاً تجاه نفسه ومن ثم تجاه مجتمعه. وتشير الدراسات أن البيئة الأفضل للطفل هي التي توفر له ثلاثة أنواع من الاستثارة: الحسية والوجدانية والاجتماعية، وكذلك استثارة تدعيم وتطوير النمو اللفظي، وتشجيعاً لمهارة حل المشكلات والقدرة على الاستكشاف (باترسون Peterson، ١٩٨٧، ص ٢٨١).

٣- إن التدخل المبكر يمكن أن يقلل من أعداد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة في المدارس، أو يقلل كثافة هذه الخدمات، ولذلك فإن التدخل المبكر يؤدي إلى توفير مبالغ طائلة يمكن استخدامها لتقديم المزيد من خدمات التربية الخاصة في المجتمع (هانسون ولينس Hanson & Lynch، ١٩٩٢، ص٦٨).

٤- أكدت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية وتحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي له. حيث تؤكد نتائج البحوث أن ٥٠ % من ذكاء الطفل يتشكل خلال هذه الفترة، وأن الفترة من ثمانية أشهر حتى ثلاث سنوات تعد مرحلة هامة في النمو المعرفي للطفل (كمال إبراهيم مرسى، ١٩٩٦، ص٧٥).

٦- إن توفير برامج التدخل المبكر قد يخفف من الإعاقة أو يمنعها وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة على تقديم خدمات تربوية متخصصة؛ لذلك فإن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل سوف يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواءً كانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعيه أو أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل.

٧- للتدخل المبكر أثر بالغ في زيادة تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها. إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة، وإبراز دورها الأساسي في تقديم المعلومات الضرورية وإسهامها في تنفيذ تلك البرامج.

رابعاً: أهمية التدخل المبكر (في مجال اضطراب طيف التوحد):-

تحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى برامج تدخل في وقت مبكر من التشخيص، لأن السنوات الأولى من العمر تعد سنوات حاسمة في نموهم، وخاصة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فقد أصبحت قضية التدخل المبكر Early Intervention تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية، وذلك لأن من الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جدًا (جمال الخطيب، ومنى الحديدي، ١٩٩٨، ص٣٢٥).

كما أشار لوفاس Lovaas إلى ضرورة التدخل المبكر (قبل سن المدرسة عموماً) حيث افترض أن التدخل المبكر المكثف يُمكن حوالي نصف المشاركين صغار السن من تحقيق أداء سلوكي وأكاديمي وعقلي سوي (محمد السيد عبد الرحمن، ومنى خليفة حسن، ٢٠٠٥، ص٩٤).

ولقد ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر مفيد ومثمر بشكل إيجابي مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حيث يؤدي إلى تحقيق مكاسب في الذكاء، والأداء اللغوي والأكاديمي، والسلوك التكيفي (كوهين، وأمريان داكنز، وسميث Cohen , Amerine - Dickens & Smith ، ٢٠٠٦ ، ص١٤٥) ، ولكن المشكلة أن كثيراً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتم تشخيصهم متأخراً، فمثلاً في الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيصهم في سن (٦) سنوات، وفي بلاد أخرى قد يتم تشخيصهم في سن (٧) أو (٨) سنوات (كوثر حسن عسلية،٢٠٠٦ ، ص٩٧).

ولقد أكدت الدراسات على أن التدخل المبكر يحسن من مآل اضطراب طيف التوحد، حيث يقلل من السلوكيات النمطية (نكلارز Nanclares، ٢٠٠٤، ص٣١٢)، ويساعد الأطفال على تحقيق مكاسب في مهارات العناية بالذات، ومهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية (جونسون ومايرز Johnson & Myers ،٢٠٠٧، ص١٦٦).

وهذا ما أكدته دراسات (بيلند، وبانر، وبيترز، وهوف Bellini, Benner, peters & Hopf ، ٢٠٠٧ ؛ وأحلام حسن،٢٠١٠) والتي أشارت إلى أهمية برامج التدخل المبكر التي تصمم للأطفال الذين لديهم احتياجات نمائية مثل: اضطراب طيف التوحد، قبل أن يبلغوا العام السادس من أعمارهم، وتهدف إلي الوقاية والعلاج وتنمية المهارات في المجال المعرفي والمجال الاجتماعي والمجال الانفعالي والمجال الحركي والمجال اللغوي.

ويجب أن يتم التدخل في مرحلة مبكرة وذلك لعدة أسباب منها:

١- إن واحد من أفضل المنبآت بمآل اضطراب طيف التوحد لدى الطفل هو مستوى اللغة الوظيفية عند ٣٠ شهراً. كما أن التدخل المبكر يقلل الصعوبات السلوكية الأولية، والحركات التكرارية، والسلوك الاستحواذي والطقوسي غير الملائم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (تريفرن واتكن Trevarthen & Aitaken ، ١٩٩٨، ص١١٥).

٢- كلما حصل الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد على قدر مناسب من الخدمات كلما ساعدهم ذلك في الاقتراب من الوضع الطبيعي لأقرانهم (نادية إبراهيم أبوالسعود،٢٠٠٢، ص٨٥).

٣- عندما قارن لوفاز بين مجموعتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومجموعة تم تشخيصها قبل سن الخامسة والأخرى بعدها، وتلقوا علاجاً مكثفاً كانت نتائج الدراسة أفضل بكثير من المجموعة الأخرى التي تلقت العلاج بعد خمس سنوات (بلانكس وكولنجز وستامر Palinkas ،Collings ،Stahmer ، ٢٠٠٥، ص٧٠).

٢- ولقد أكدت الدراسات على أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين بدأو العلاج مبكراً حققوا نتائج أفضل من الأطفال الذين بدأو في سن متأخرة، حيث أنه يساعد في نمو الطفل بشكل عام، ويقلل من السلوكيات غير الملائمة، ويؤدي إلى نتائج أفضل على المدى البعيد، ويساعد في تحسين أداء الأطفال الأكاديمي، ومهارات التواصل، ومهارات السلوك التكيفي (إكسيس Eikeseth ، ٢٠٠٨).

٣- لذلك تنصح جميع الدراسات آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بضرورة التدخل المبكر لتأهيل أطفالهم (داجل ومكونش Diggle & Mcconachie،٢٠٠٧، ص١٢٠) وعموماً يفضل أن يبدأ الطفل العلاج قبل أن يصل إلى سن خمس سنوات، ويكون مثالياً إذا بدأ العلاج المكثف في سن (٢-٣) سنوات، وهذا ضروري من أجل تعلم مهارات الحياة اليومية مثل: التواصل البصري – استخدام الكلمات – عبور الشارع، وغيرها من مهارات رعاية الذات (بيتس Pettus، ٢٠٠٨، ص٣٠).

وهناك مجموعة من الاعتبارات الهامة في التدخل المبكر لعلاج وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتمثل فيما يأتي:

١- ضرورة رسم صورة مستقبلية واقعية لاضطراب طيف التوحد والتطور الذي يمكن أن يحدث في حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٢- عمل دورات تدريبية عن اضطراب طيف التوحد للأطباء ومعلمي التربية الخاصة والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وأخصائي اللغة والكلام وللآباء والأمهات للتعرف على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٣- إنشاء مراكز متخصصة في اضطراب طيف التوحد تعنى بالتشخيص والعلاج والتعليم لهؤلاء الأطفال وذويهم.

٤- ضرورة التركيز في الدراسات على التدخل المباشر المبكر للتشخيص والوقاية والعلاج المبكر بدلاً من التركيز على الدراسات النظرية فقط، ويجب أن يؤدى هذا التدخل في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته.

٥- ضرورة دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع أقرانهم في الحياة العادية مع تقديم برامج علاجية وتربوية تساعد على خلق بيئة صالحة للنمو الاجتماعي واللغوي والانفعالي يشارك فيها المعلمين والآباء والأمهات.

٦- من الضروري ألا يزيد عدد تلاميذ كل فصل من فصولهم الدراسية عن ٣-١٥ طفل، وأن يعمل معه اثنان من المدرسين بالإضافة إلى مساعد مدرس وعدد إضافي من مدرسي الأنشطة، بالإضافة إلى الجلسات الفردية مع أخصائى التخاطب وعيوب النطق والكلام ومدرس متخصص في استخدام الكمبيوتر كوسيلة تعليمية.

٧- العمل على تقديم جلسات العلاج الطبيعي وكذلك العمل على تقديم جلسات العلاج الوظيفي وكذلك تقديم البرامج التعليمية الفردية المناسبة لكل طفل منفرداً (زينب محمود شقير، ٢٠٠٥، ص٤٢).

خامساً: مبادئ التدخل المبكر:-

أوضح الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (٢٠٠٥، ص٨٤) أن هناك أيضاً عدة مبادئ أساسية للتدخل المبكر، وهذه المبادئ تتمثل في:

١) **الحوار والاندماج والمشاركة:** فالتدخل المبكر يجب أن يساعد على معرفة الطفل اجتماعياً حيث أن التعاون بين أفراد الأسرة هدف أساسي للتدخل المبكر، قائم على احترام ثقافة وقيم ومعتقدات الآباء والأخوة والأجداد، إلى جانب المشاركة الاجتماعية في تطوير الخطط والبرامج الموجهة للأطفال المعاقين عامة.

٢) **المجانية وتساوي الفرص والمسؤولية العمومية:** فأصول التدخل المبكر يجب أن تكون للجميع، ومجاناً لكل الأطفال والأسر التي تحتاج إليه، وهذه المجانية يجب أن تكون كاملة وأن تشتمل على المساعدات التقنية وإلغاء الحواجز التي تمنع الدمج.

٣) **تعدد التخصصات والتأهيل العالي للأخصائيين:** فإعداد الأخصائيين الذين يشاركون في التدخل المبكر يقتضي إضافة إلى تكوين أكاديمي في تخصص معين، تكويناً في إطار مفاهيمي عام لكل تلك التخصصات الذي يجب أن يكون لها قدرة خاصة للتطور عبر التفكير والعمل داخل الفريق، ويمكن تحديد أربعة مجالات لهذا الإطار المشترك:-

- التخصص في النمو النفسي الحركي للأطفال.
- التعمق في علم نفس دينامية الأسرة.
- معرفة الواقع التشريعي والقانوني والمعياري والخصائص الاجتماعية والأنثربولوجية.
- امتلاك خبرة كافية للعمل في فريق.

٤) **التنسيق:** يستحسن أن يقوم التنسيق على بروتوكولات أساسية للإحالة وتبادل المعلومات والسجلات المعلوماتية ذات محتوى متكافئ لمجموع الدولة، فالتنسيق يضمن استمرار الخدمات، ويستحسن أن يكون لكل أسرة أخصائي تلجأ إليه عند الشك أو الاستفسار، بحيث تطمئن إليه ويعينها على تنظيم حياتها اليومية بشكل متناسق.

٥) **اللامركزية:** أي إقامة نسق منظم حول احتياجات الأسرة في محيطها القريب، بما فيه تقديم خدمات في المنزل، ويجب أن تكون اللامركزية متساوية مع التنظيم الجيد للوصول والدعم من طرف المصالح الأكثر تخصصاً في المنطقة أو الإقامة عند الحاجة.

٦) **توزيع المهام حسب القطاعات:** أي ضرورة حصر ميدان عمل المصالح حتى يضمن التناسب المتوازن بين الجوار ومعرفة الجهة والوسط السكني، والوظيفة والجودة العملية للفرق والحجم الكافي للطلب بغية تسهيل الحصول على جميع أنواع المصالح: الصحية والتربوية أو الاجتماعية، في المنطقة المنتسبة إليها.

سادساً: فريق العمل في برامج التدخل المبكر:-

تتطلب برامج التدخل المبكر فريق متكامل من الأخصائيين من ذوي الخبرات المتنوعة من أجل الحصول على صورة شاملة لمستوى آداء الطفل ذي اضطراب طيف التوحد وهم كما يأتي:

١) **الأخصائي النفسي Psychologist:** له دور أساسي في التشخيص والتقويم وتطبيق المقاييس والاختبارات النفسية المختلفة (فلباك وأكاردو وبارنك وكوكFilipek, Accardo, Baranek & Cook، ١٩٩٩، ص٤٣٩). وهو شخص ينال تدريباً في مجال العمليات العقلية والتطور وغالباً ما يكون من الحاصلين على شهادة الدكتوراه في علم النفس، وقد يكون في بعض الأحيان من حاملي شهادة الماجستير (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ص٢٧٥)، وله دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الكثير من الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباطات التي يحس بها الطفل والمجتمع المحيط به (انشراح المشرفي،٢٠٠٧، ص١٢٨).

٢) **أخصائي التخاطب Speech Therapist:** ومن مهامه المشاركة في التشخيص والتقييم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوي، واضطراب النطق وعيوب الكلام، ودراسة العوامل العضوية والعقلية والمعرفية والانفعالية المسببة لاضطراب اللغة، ووضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع اضطراب اللغة وحدته وتنفيذه ومتابعته وتقويمه، ومتابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجي واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج (عبد المطلب أمين القريطي،٢٠٠١، ص١١٢).

٣) **الأخصائي الاجتماعي Social Worker:** يوجد دور مهم للأخصائيين الاجتماعيين في الربط بين المنزل والمدرسة للوقوف على أهم المشكلات والصعوبات التي تواجه الطفل ومساعدة الأسرة على حلها، ويتولى الأخصائي الاجتماعي مسئولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية وتحصيل المعلومات عن مراحل تطور الطفل وتاريخه الصحة والتعليمي من الوالدين (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ص٢٧٥).

٤) **أخصائي طب الأطفال Pediatrician:** وهو المشرف الرئيسي على حالة الطفل حيث يقوم بالكشف الدوري، وإعطاء التطعيمات الأساسية، وقياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة والتعرف على مقدار الإصابة وما يحتاجه الطفل من رعاية، وإعطاء الأدوية التي يحتاجها الطفل، والتنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل والعائلة (انشراح المشرفي،٢٠٠٧، ص١٢٦).

٥) **أخصائي العلاج الطبيعي Physical Therapist:** ويتركز دوره في تقويم المهارات الحركية الكبيرة والمتمثلة في المشي، والحبو، ووضع الوقوف، وليس من الضروري وجود أخصائي العلاج الطبيعي ضمن فريق تقويم الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، لأن في أغلب الحالات لا ترتبط المشكلات الحركية بصورة أساسية بالتوحد (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ص٢٧٥).

٦) **أخصائي العلاج الوظيفي Functional Therapist:** يختلف اخصائي العلاج الوظيفي عن اخصائي العلاج الطبيعي، حيث يركز اخصائي العلاج الوظيفي على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية، وخصوصاً عضلات اليدين مثل (الأكل، والشرب، والكتابة، والرسم، ومسك الأشياء ورفعها)، وعضلات الوجه والفم مثل (الأكل، والشرب، والكلام) وتطوير المهارات الحسية والحركية، وعلى كيفية استخدام الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة (انشراح المشرفي،٢٠٠٧، ص١٢٧).

٧) **معلم التربية الخاصة Special Education Teacher:** ومن واجباته المشاركة في تقييم وتشخيص حالات الأطفال، والمشاركة في تحديد الاحتياجات التربوية والأكاديمية الخاصة لكل حالة، وتحديد البرامج التربوية والتعليمية سواء كان برنامجاً فردياً أو نشاطاً اجتماعياً لكل طفل، وتحديد الخطة التربوية الفردية ومستوياتها، إلى جانب تحديد المواد والمصادر والوسائل والأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل، وتنفيذ عملية التدريس، والتقويم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس وأثناءه وبعده، ومتابعة التقدم والنمو التعليمي والمعرفي والمهاري والوجداني للطفل، والمشاركة في التوجيه والإرشاد الأسري، والتعاون مع بقية الأخصائيين في فريق التدخل المبكر (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠١، ص٢٠٥ ؛ وجمال الخطيب، ومنى الحديدي، ٢٠٠٨، ص٣٦).

وبالتالي فإن التدخل المبكر يجب أن يشمل نواحي متعددة مثل: العلاج الطبي، والعلاج الطبيعي، والعلاج السلوكي، وعلاج التخاطب، والخدمات التعليمية، وخدمات التأهيل المناسبة (مانجيل Mangal، ٢٠٠٧، ص١٣٠).

<u>تعقيب عام على (التدخل المبكر):-</u>

١- عرض الباحث مفهوم التدخل المبكر من حيث الأساس النظري لمفهوم التدخل المبكر، والتعريفات المختلفة التي تناولت مفهوم التدخل المبكر، وأهداف التدخل المبكر، ومبررات التدخل المبكر في مجال في مجال التربية الخاصة بشكل عام، ومبرراته في مجال اضطراب طيف التوحد بشكل خاص، وفريق العمل في برامج التدخل المبكر.

٢- استفاد الباحث من التناول السابق للتدخل المبكر في وضع التعريف الإجرائي للتدخل المبكر في هذه الدراسة.

٣- كما وجد الباحث أن معظم التعريفات التي تناولت التدخل المبكر والتي توافرت للباحث تتفق على ما يلي:

- أن التدخل المبكر يكون بتقديم خدمات منُوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية من خلال فريق متعدد التخصصات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك في مرحلة الطفولة المبكرة (من الميلاد إلى ما قبل السادسة).
- أن التدخل المبكر يكون موجهاً إما للطفل أو للأسرة أو للمعلمين كلاً على حدة أو بعضهم مع البعض الأخر، وهذا معناه أن التدخل المبكر لا يكون قاصراً على الطفل فقط كما يعتقد البعض.
- أن خدمات التدخل المبكر تهدف إلى تطبيق استراتيجيات (وقائية وعلاجية)، وقائية: لمنع حدوث الإعاقة أو تقليل نسبة حدوثها، وعلاجية: بهدف إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة أو خفضه والتخفيف من حدته وتوفير الخدمات التعويضية التي تساعد الطفل على النمو والتعليم.
- أن البحوث والدراسات أثبتت أن التدخل المبكر المكثف يمكن أن يحسن مهارات وقدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو ما أكدته تجربة الباحث الشخصية في العمل معهم.

٤- كما لاحظ الباحث أن برامج التدخل المبكر يقوم بها فريق متعدد التخصصات بحيث يساهم كل عضو في البرنامج التأهيلي للطفل وفقاً لتخصصه. فضلاً عن ضرورة التنسيق التام بين جميع أعضاء الفريق في

تشخيص وتقييم قدرات الطفل ذي اضطراب طيف التوحد وتحديد جوانب القوة والضعف لديه وحتى إعداد وتنفيذ البرنامج التأهيلي الخاص به.

٥- كما لاحظ الباحث اهتمام برامج التدخل المبكر بدور الأسرة بوصفهاً الأكثر قرباً من الطفل والأكثر عرضة للأثار الناتجة عن الاضطراب التوحدي وهو ما استفاد منه الباحث من خلال الحرص على حضور الأم جلسات البرنامج ، وإرشاد الأمهات إلى متابعة تدريبات الطفل على مهارات العناية بالذات في المنزل.

المحور الثالث: مهارات العناية بالذات (Self-care Skills):-

تمهيد:-

استهدف العلماء والباحثون منذ بداية الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تقديم برامج متنوعة تساهم في تنمية مهارات العناية بالذات لديهم، الأمر الذي يخفف من العبء الملقى على عاتق الأهل؛ وذلك لما يستغرقه أداء هذه المهارات من وقت وجهد، وبالتالي فإن مهارات العناية بالذات هي مهارات جوهرية لابد أن يتعلمها الطفل ذي اضطراب طيف التوحد في سن مبكرة، وذلك من خلال برامج قائمة على أسس وفنيات منبثقة من خصائص هؤلاء الأطفال، مثل التدخل المبكر، والتعليم المنظم، واشتراك الأسرة في عملية تدريب الطفل، وإتباع نظريات تعديل السلوك وغيرها.

وتعتبر مهارات العناية بالذات من أهم الأمور التي يجب على الأم الاهتمام بها وتعليمها لطفلها؛ لأنها تتعلق بعدة جوانب منها:

١- اعتماد الطفل على نفسه يعطي دافعية وراحة للأم من العبء النفسي والجسدي.

٢- من الناحية الدينية فهي طهارة ونظافة حث عليها الإسلام.

٣- من الناحية الصحية تمنع حدوث وإصابة الطفل بالأمراض.

٤- من الناحية التعليمية تساعد الطفل في جميع المجالات.

٥- من الناحية الاجتماعية تجعل الطفل مقبولاً من الناس.

٦- من الناحية النفسية تعزز من ثقة الطفل بنفسه (إيمان أبو عمارة، ٢٠٠٧، ص٣).

أولاً: مفهوم العناية بالذات:-

هي المهارات التي تساعد الفرد على أداء مهام الحياة اليومية دون مساعدة أو بأقل مساعدة ممكنة ويجب أن تشتمل البرامج التربوية الخاصة بالمعوقين على مثل هذه المهارات (عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢، ص١٥٠).

وتعرف كريستين مايلز Christine Miles (١٩٩٤، ص١٢٩) مهارات العناية بالذات بأنها "المهارات العملية التي تمكن الطفل أو البالغ عقلياً من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً أو عادية أكثر. وتشمل هذه المهارات: أموراً أساسية كتناول الطعام وارتداء الثياب واستعمال المرحاض والاستحمام، ومهارات أكثر تقدماً مثل التسوق والانتقال بوسائل النقل العام والمشاركة في أنشطة اجتماعية والقيام بأعمال مفيدة في البيت وحسن التصرف في حالات الطوارئ والأنشطة المهنية".

ويشير روبين بيناميو Robin Benamou (٢٠٠٢، ص١٦٥) إلى أن مهارة العناية بالذات لدى الأطفال غير العاديين من المهارات التي تهدف إلى تنمية القدرة على التكيف الناجح في مواقف الحياة اليومية وهى من المهارات الرئيسية في مناهج المعاقين على اختلاف درجاتهم وأنواعهم. كما تشكل هذه المهارات أساساً لبناء أشكال أخرى من المهارات اللاحقة كالمهارات الأكاديمية أو الاجتماعية أو المهنية، وأن أداء المعاق للمهارات الاستقلالية يؤدي إلى تنمية عدد من الخصائص الشخصية لديه مثل الاعتماد على الذات وتنمية الثقة بالنفس والتكيف الناجح مع من حوله.

ويرى جمال الخطيب ومنى الحديدي (٢٠٠٤، ص١٠٤) أن مهارات العناية بالذات تتضمن أربعة مجالات منفصلة وهي: تناول الطعام، وارتداء الملابس وخلعها، واستخدام الحمام، والنظافة الشخصية.

في حين تعرف ماري وشوستر ونيلسون Marie, Schuster & Nelson (٢٠٠٨، ص٢٣٤) مهارات العناية بالذات بأنها من أهم الأنشطة التي يجب أن يكتسبها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة حيث تعتبر أول وأبسط المكتسبات التي يكتسبها الطفل من أسرته في الفترة الأولي من حياته حيث تمثل الخطوة الأولي للاعتماد على الذات والاستقلال عن الأسرة ورفع بعض عبئ التربية عن الوالدين.

ويعرف جيمس، وتيكن، وكيركال James, Tekin & Kircaali (٢٠٠٩، ص٥٥) مهارات العناية بالذات بأنها "المهارات العملية التي تمكن الطفل أو البالغ من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً بذاته مندمجاً في المجتمع بإيجابية وتختلف برامج ومناهج المعاقين عن برامج ومناهج الأطفال العاديين من حيث محتوى تلك البرامج وطرق تدريسها والمناهج هنا تأخذ شكلاً فردياً وتدرس بطريقة فردية أيضاً، ويستطيع الطفل من خلالها الاعتناء بنفسه والتعامل مع البيئة المحيطة به، وفى النهاية يستطيع الطفل الاندماج مع المجتمع".

وتذهب فتحية اللولو وجميل الطهراوي وفاطمة صبح وباسل الخضري (٢٠١١، ص١٩) إلى أن مهارات العناية بالذات " مجموعة المهارات التي تمكن الفرد من التكيف على نحو إيجابي في المحيط الذي يعيش فيه من خلال التعامل بفاعلية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها بما يساعد على تعزيز الصحة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ".

ويوضح كل من (كمال سيسالم،٢٠٠٢ ، ص٣٤ ؛ وعبد الله الصبي،٢٠٠٢ ، ص٨٩ ؛ وعبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٤ ، ص٧١ ؛ وجمال الخطيب ومنى الحديدي، ٢٠٠٤ ، ص١٠٤ ؛ وسوسن الجلبي، ٢٠٠٥، ص١٥٩) أن مهارات العناية بالذات تشتمل على؛ الاستحمام، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، وإجراءات الأمن والأمان الشخصي، وارتداء الملابس وخلعها، واستخدام الحمام، واستخدام السكين والملعقة، والاغتسال، وتمشيط الشعر، وتنظيف الأسنان، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية.

من التعريفات السابقة يستخلص الباحث تعريفاً لمهارات العناية بالذات وهو: قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتي تشتمل على: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة، وذلك بطريقة مستقلة.

ثانياً: مجالات العناية بالذات:-

يصنف فاروق الروسان (١٩٩٩، ص٢٩٥) مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى المهارات التالية:

١- مهارات تناول الطعام، وتتضمن:(مهارة تناول الطعام- مهارة تناول السوائل- مهارة المضغ والبلع- مهارة استعمال أدوات المائدة).

٢- مهارة استعمال المرحاض، وتتضمن:(مهارة التعبير عن حاجة الذهاب للمرحاض- مهارة استعمال أدوات المرحاض- مهارة النظافة والعادات الصحية).

٣- مهارة ارتداء الملابس، وتتضمن:(مهارة خلع الملابس- مهارة ارتداء الملابس- مهارة اختيار الملابس).

٤- المهارات الصحية، وتتضمن:(مهارات غسل اليدين والوجه- مهارة استعمال أدوات التجفيف- مهارة تنظيف الأسنان).

٥- مهارات السلامة، وتتضمن:(مهارة استعمال الدرج- مهارة قطع الطريق- مهارة التنقل من مكان لأخر).

ويذكر محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة حسن (٢٠٠٥، ص٢٠٥) أن مهارات العناية بالذات التي يمكن تعليمها للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تشتمل على المجالات التالية:

١- ارتداء الملابس وخلعها.

٢- استخدام المرحاض.

٣- النظافة الشخصية.

٤- العناية بحاجياته (مثل ترتيب السرير، وغسل الملابس).

٥- مهارات الطهو وإعداد الوجبات.

أما منهاج ولاية متشجان الأمريكية Michigan Department of Community Health (٢٠٠٦، ص٩٠) فيقسم مهارات العناية بالذات إلى عدة مهارات رئيسية وهي:

- مهارة غسل اليدين والوجه والأسنان.
- مهارة الاستحمام.
- مهارة الصحة الشخصية.
- مهارة قص الأظافر.
- مهارة استعمال أدوات العناية بالمظهر الخارجي.

وتحدد الجمعية الأمريكية للتوحد The American Society of Autism (٢٠٠٧) مجالات العناية بالذات على النحو التالي:

- مهارات تناول الطعام: وتشمل مهارات استعمال أدوات المائدة، ومهارة تناول الطعام في الأماكن العامة، ومهارة تناول السوائل، ومهارة آداب المائدة.
- مهارات استعمال المرحاض: وتشمل غسل اليدين والوجه، واستخدام المرحاض، وتنظيف الأسنان بالفرشاة، وتمشيط الشعر، ووضع العطور.
- مهارات النظافة: وتشمل مهارة غسل اليدين والوجه، ومهارة الاستحمام، ومهارة الصحة الشخصية.
- مهارات التنقل: وتشمل مهارة استعمال التليفون، ومهارة الخدمات البريدية، ومهارة معرفة المؤسسات العامة.
- مهارات المظهر العام: وتشمل مهارة وضع الجسم أثناء الوقوف، ومهارة ارتداء الملابس والعناية بها، ومهارة ارتداء الحذاء (أحمد عبد المعطى، ٢٠٠٨، ص ٤٤).

وترى جيهان مصطفى (٢٠٠٨، ص٧٧) أن مهارات العناية بالذات التي يجب تعليمها للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد متعددة وتشتمل على المجالات التالية:

(أ) النظافة الشخصية وتشمل:

١- دخول المرحاض.

٢- غسل وتجفيف اليدين.

٣- غسل الفم والأسنان.

٤- تمشيط الشعر.

٥- مسح وتنظيف الأنف.

٦- قص الأظافر.

٧- الأستحمام.

٨- النظافة أثناء الدورة الشهرية للبنات.

٩- حلاقة الذقن للأولاد.

(ب) الملابس:

١- خلع الشراب ولبس الشراب.

٢- خلع الحذاء ولبس الحذاء

٣- خلع البنطلون ولبس البنطلون.

٤- خلع السلب ولبس السلب.

٥- خلع الفانلة ولبس الفانلة.

٦- خلع التيشيرت ولبس التيشيرت.

٧- خلع القميص ولبس القميص.

٨- خلع الجورب ولبس الجورب.

٩- خلع الحذاء ولبس الحذاء.

١٠- فتح وغلق السوستة.

١١- فتح وشبك الكبشة.

١٢- فك وتزرير الأزرار.

١٣- فتح وقفل توكة الحزام.

١٤- عدل الملابس الداخلية والخارجية.

١٥- كي الملابس.

(ج) الأكل والشراب:

١- تناول السندوتشات وإعدادها واستطاعة إمساكها بيد واحدة.

٢- شرب السوائل بالكوب.

٣- شرب السوائل بالشليمو.

٤- شرب السوائل من الصنبور.

٥- الأكل بالملعقة مع عدم تساقطه من الفم، والأكل بالشوكة، واستعمال السكين في التقطيع.

٦- عمل سلطة خضراء.

٧- غسل الطبق والملعقة.

٨- تحضير وجبة بسيطة.

٩- تحضير بعض المشروبات الباردة.

(د) السلامة الشخصية:

١- صعود ونزول السلم.

٢- استخدام السكين.

٣- السير بحرص في الطريق العام.

٤- المرور في الشارع بمساعدة إشارات المرور.

٥- الحرص في سكب السوائل الساخنة.

٦- الحرص في ركوب ونزول الأتوبيس.

٧- التعرف على المواد السامة وتجنب أخطارها.

٨- إسعاف الجرح البسيط.

وسوف يتناول الباحث مهارات العناية بالذات التي تشملها الدراسة وهي: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة، وذلك كما يلي:-

- **مهارات تناول الطعام والشراب:-**

يجب الاهتمام بتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على إعداد أشياء بسيطة والقيام بمهام صغيرة كعمل السندوتشات أو تقشير البازلاء وتقطيع الطماطم، ولابد من الاهتمام في كل هذه الأعمال بالنظافة والسلامة كغسل الأيدي قبل تحضير الطعام والمحافظة على نظافة طاولات المطبخ والتعامل بحذر مع الأواني الساخنة والأدوات الحادة كالسكاكين (كرستين مايلز ١٩٩٤، ص١٤٨).

ويذكر عبد الله الصبي (٢٠٠٢، ص١٢٣) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مشاكل في الأكل ومنها النمطية ورفض بعض الأطعمة، ولذلك ينصح باستخدام طاولة الأكل لجميع الوجبات، وقد يستخدم الطفل نفس الكرسي في نفس المكان وبنفس الأدوات والأطباق، وقد يتعود على وجود نفس الأشخاص في جميع الوجبات، كما قد يرفض وجود آخرين بسبب النمطية، وتكمن المشكلة في تعوده على نفس النوع من الأكل ورفض التغيير، وهنا يكون دور الوالدين في تغيير هذه السلوكيات.

ويتفق السيد عبد النبي (٢٠٠٤، ص١٣٠) مع ما سبق في أن من المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشراب لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدم تناول الطعام والشراب بطريقة صحيحة، وهذا يتضح من خلال العبث في الوجبات التي تقدم لهم، وأيضاً العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة.

ويشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤، ص١٦٥) إلى أن عادات الأكل والشرب، وما يفضله الطفل، وما لا يفضله تكون غالباً لها صورة متطرفة ؛ فالأطفال لا يأكلون ولا يشربون إلا أصنافاً قليلة ومحدودة التنوع أو يصرون على عدم الأكل أو الشراب إلا باستخدام أطباق وأكواب معينة، وبعض الأطفال يظهرون تصميماً على رفض تناول الطعام بطريقة مهذبة، وبالتالي يكتسبون مظهراً غير سوى أثناء تناولهم للطعام والشراب بطريقة غير صحيحة بين الناس، ويرى بعض الآباء أن أطفالهم يفتقرون لآداب المائدة، ويقومون ببعض التصرفات غير الاجتماعية، فضلاً عن سلوكهم الذي لا يمكن التنبؤ به، وقد يصبح من المتعذر على أسرة الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد أن يتناولوا طعامهم خارج المنزل.

ويضيف ربيع سلامة (٢٠٠٥، ص١٩٥) أن من المشكلات المتعلقة بالطعام والشراب مشكلة المزاج المفرط إما في الإصرار على تناول طعام معين، أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على المائدة دون أي تغيير، وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحوازي، ومن العوامل التي تساعد على استمرار هذا السلوك خشية الأهل أن تؤدى أي محاولة للتغيير في طريقة تقديم أو ترتيب الطعام إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب، وعلى الرغم من تفهم مبررات الأهل إلا أن عدم المرونة في تقديم الأكل وترتيبه أمراً لا يمكن الوفاء به في كل المواقف وكل الأوقات، ولذلك يصبح من الضروري محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام والشراب لضمان قدر أكبر من المرونة.

- **مهارات النظافة الشخصية:-**

تتضمن النظافة الشخصية استخدام المرحاض، وغسل اليدين والوجه، وتجفيف اليدين والوجه بالفوطة، وتنظيف الأسنان بالفرشاة، وتمشيط الشعر، ووضع العطور. والهدف من النظافة الشخصية تدريب الطفل للمحافظة على نفسه أنيقاً ومنظماً، وتوفير أساس للقيام بذلك بصفة مستقلة.

وتعتبر مهارات استعمال المرحاض من المهارات الاستقلالية الرئيسية أيضاً لدى الفرد المعاق ويعتمد إتقانه لهذه المهارات على عدد من العوامل الهامة منها درجة الإعاقة والظروف التعليمية المناسبة، وتشمل:

- مهارة التعبير بالإشارة أو اللفظ عن الحاجة للذهاب إلى المرحاض.
- مهارة استعمال أدوات المرحاض وورق التواليت وصب الماء.
- مهارة خلع الملابس وارتدائها، ومهارة النظافة والعادات الصحية.

ويمثل عدم القدرة على التحكم في الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يحتم إجراء تقييم دقيق لمعرفة أسباب التبول اللاإرادي أو عدم القدرة على التحكم في الإخراج، وفى مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام الحمام، من جهة أخرى يلاحظ أن قليلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتعودون على تلويث وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه، وهذا السلوك في حاجه لتدخل سريع من خلال إتباع الأساليب السلوكية التي يتم بموجبها مكافأة الطفل على عدم تلويث وجهه، وغنى عن القول ما يمثله هذا السلوك من خطر على صحة الطفل وعائلته (ربيع سلامة،٢٠٠٥، ص٦).

ولذلك تشير سوسن الجلبي (٢٠٠٥، ص٨٦) إلى أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يشكلون مضايقة وإزعاجاً لذويهم فيما يتعلق باستخدام الحمام، ويتطلب الأمر تدريبهم على ذلك، وهناك بعض الأطفال الذين

يكرهون بل ويخافون من استخدام المرحاض، ومن المهم أن نكشف ما إذا كانوا يشعرون بالأمان خلال تدريبهم على استخدام المرحاض أم لا أو ما يتعلق ببرودة كرسي المرحاض ذاته، والذي قد يكون سبباً قوياً يجعل بعض الأطفال يتضايقون من الذهاب إليه.

- **مهارات المظهر العام:-**

تتضمن مهارات المظهر العام؛ مهارة ارتداء الملابس، وارتداء الحذاء، ومهارة خلع الملابس.

ويرى عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤، ص١٠١) إلى أن مهارات ارتداء الملابس قد تكون في نطاق قدرات الطفل وإمكانياته ومع ذلك فأنه قد يرفض التعاون، حيث المهارة اليدوية لأنشطة معينة متخبطة وبلا فائدة عندما يصل الأمر إلى ارتداء القميص أو إغلاق الأزرار مما يضطر الآباء إلى القيام بالمهمة مع الطفل ذي اضطراب طيف التوحد كبير السن.

وتشير سوسن الجلبي (٢٠٠٥، ص٥٨) أن عملية ارتداء الملابس تمثل مشكلة كبيرة؛ لأنها تعتمد على ارتداء الملابس وخلعها بصورة صحيحة، ويجب أن يتم ذلك أمام الطفل ثم تقدم المساعدة له بعد ذلك عند الضرورة، وفى مرحلة لاحقة يمكننا لفت انتباه الطفل وتوجيه اهتمامه إلى البطاقة الملصقة على الثوب والتي تدل على الجهة الداخلية والجهة الخلفية للرداء، كما أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً ما يكونون غير مدركين للملبس المناسب لحالة الجو السائدة في وقت ما حيث يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة في الصيف أو ملابس من القطن الخفيف في الشتاء، ولذا يجب توفير نوع من الرقابة والمساعدة للطفل دون مضايقته.

- **مهارات الأمن والسلامة:-**

تشير كرستين مايلز (١٩٩٤، ص١٤٣) إلى أن الأهل يفضلون غالباً عدم السماح لأطفالهم بالخروج بمفردهم خشية أن يواجهوا الأخطار إلا أنه من الضروري تعليمهم في سن أكبر أن يتجنبوا التظاهرات السياسية والمشاجرات، وعليهم أن يتعلموا كيفية التصرف مع شخص يحاول توريطهم في أعمال غير قانونية أو غير أخلاقية، وذلك من خلال الاستعانة بلعب الأدوار وتمثيل القصص أو سردها.

ويؤكد كل من (نادية رشاد،١٩٩٢، ص١٦٤ ؛ ومصطفى جودت، ١٩٩٧، ص١٠٢ ؛ وعبد اللطيف فرج،٢٠٠١، ص١٣٢) على أن من أسباب وقوع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الخطر الحركة الزائدة، والنشاط الزائد، وضعف قدراتهم، وخوف أو جوع الأطفال الأمر الذي يجعلهم يأكلون ويشربون أي شيء تصل إليه أيديهم، وكذلك عدم معرفة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بقواعد الأمان في المواقف المختلفة، وضعف خبرات الوالدين في توجيه أطفالهم، والتفكك الأسرى، وفقر الأسرة، وانفصال الوالدين، وسفر الآباء مما يجعلهم منشغلين عن توجيه وإرشاد أطفالهم نحو الأخطار المختلفة، وتطور الأجهزة والأدوات في المنزل مما يكون سبباً في وقوع الأطفال في حوادث مختلفة مثل؛ الغرق، والكهرباء، والاختناق، والتسمم، والانزلاق، والسقوط من الأماكن العالية، والحرائق، والتسمم بالأدوية، والإصابة بالأدوات الحادة وغيرها.

ويذكر عبد الرحمن سيد سليمان، وسميرة محمد شندي، وإيمان فوزي سعيد (٢٠٠٣، ص١٠٣) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم عادة التهام الأطعمة الشاذة حيث قد يلتهمون مواد غير صالحة للأكل مثل الأزرار

وبقايا الطعام الفاسد والديدان والرمال وأوراق الشجر البالية، ولذلك يجب ملاحظاتهم باستمرار؛ لأن الطفل منهم في جزء من الثانية قد يلتقط أي شيء يبدو له مغرياً ويشرع في ابتلاعه قبل أن يدرك الشخص البالغ حقيقة ما يحدث.

ويشير ربيع سلامة (٢٠٠٥، ص٢٢٥) إلى ضرورة تعليم مهارات الأمان لجميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال تدريبهم إجبارياً في المدرسة أو المنزل أو الجمعيات من خلال استراتيجيات مختلفة ومناسبة للتعامل مع الأخطار، وحماية أنفسهم من الحوادث سواء في المنزل أو الشارع أو المدرسة أو أي مكان يتواجدون فيه، وعلى هذا يتصرفون بأمان في أي موقف خطر، ومن ثم يتجنبون الوقوع في الحوادث. فضلاً عن اصطحاب الأطفال في جولة للمناطق التي تقع خارج المنزل، والتي قد يكون فيها أخطار فيتم توعيتهم نحوها حتى يأخذوا حذرهم إذا تعرضوا لها مرة ثانية.

ثالثاً: التدريب على مهارات العناية بالذات:-

يجب تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات العناية بالذات في وقت مبكر ليساعدهم على الاستقلالية في وقت لاحق، ويجب الاستمرار في التعليم المستهدف إلى مراحل لاحقة لتكون ضمن البرامج التربوية وذلك وفقاً لنظام التسلسل والتلقين (بلفيور وماك Belfiore & Mac، ١٩٩٤، ص١٩٦).

ويذكر عبد الله الصبي (٢٠٠٢، ص٥٦) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تنقصهم مهارة التقليد والمحاكاة، كما أن لديهم نزعة لمقاومة التدريب والتعليم، وقد يكون التدريب مصدر قلق لهم مما يؤدي إلى هياج الطفل وصراخه، والتدريب على هذه المهارات لا يتم عن طريق شرح الأمر لهم ولكن عن طريق إشعارهم بكيفية الأداء عملياً عبر خطوات وحركات ثابتة، وأن يتم التكرار بنفس الطريقة مرات ومرات، وقد يحتاج الأمر إلى تجزئة المشكلة إلى خطوات صغيرة.

ويرى بسول وجري Boswell & Gray (٢٠٠٣، ص٧٤) أن مهارات العناية بالذات تعتبر مهارات صعبة الإتقان حتى مع الأطفال العاديين ومنها التدريب على التواليت، وذلك على الرغم من أن الطفل قد يكون لديه وعي وضبط لجسمه، إلا أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً مثل العوامل الاجتماعية حيث تعتبر الدافعية الاجتماعية عامل هام في تحديد مدى استعداد الطفل للتدرب على أداء هذه المهارات.

وتتفق سوسن الجلبي (٢٠٠٥، ص٦٥) مع ما سبق حيث تشير إلى أن الأطفال الطبيعيين والذين يحصلون على التشجيع من آبائهم يحاولون تقليد تلك الأنشطة من خلال ملاحظتهم لبقية أفراد الأسرة خلال أدائهم لها، وعندما تصلب أعوادهم وتنمو مهاراتهم بصورة كافية فإنهم يتفاعلون مع الرعاية التي تمدهم أمهاتهم بها، وسرعان ما يبدون استعداداً برغبتهم في الاضطلاع بتلك الأنشطة بأنفسهم حتى لو اخطئوا في بعض الخطوات التسلسلية للنشاط، وبالتالي فإن معظم الأطفال العاديين يتم تدريبهم على قضاء الحاجة – وهي من أهم مجالات العناية بالذات – في الفترة ما بين ٢–٣ سنوات من العمر، وحيث أن التدريب على قضاء الحاجة يتطلب نضجاً إدراكياً، فإن الكثيرين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين لديهم تأخر ذهني يتأخرون في التدريب على مهارات العناية بالذات.

أشار العديد من الباحثين (أولينويا، ١٩٨٩، ص٢٥٦ ؛ وبريل Brill، ١٩٩٤، ص١٢٠ ؛ ووفاء الشامي، ٢٠٠٤، ص٣٥٦ ؛ وسوسن الجلبي، ٢٠٠٥، ص٧٦ ؛ وربيع سلامة، ٢٠٠٥، ص٩٤) إلى ضرورة اتباع مجموعة من الإرشادات الهامة عند تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات العناية بالذات وهي كالتالي:-

١- من الضروري تكوين روتين لدى الطفل خلال التدريب الذي يعتبر إحدى سمات اضطراب طيف التوحد لذلك ينبغي الاستفادة منه في تدريب الطفل على مهارات العناية بالذات.

٢- من الضروري عدم توقع أن يتقن الطفل ذو اضطراب طيف التوحد جميع خطوات التدريب في وقت واحد، وعدم محاولة تدريبه على جميع مهارات العناية بالذات في وقت واحد.

٣- وضع خطة سلوكية للتدريب لأيام محددة وعمل جدول يحدد متى وكيف يتعامل الطفل مع عادات التواليت، وعندما يؤسس نمطاً محدداً يتم وضع جدولاً زمنياً للأوقات التي يحتاج فيها الطفل إلى الذهاب للتواليت، واتباع روتين محدد لإجراءات التدريب يشمل استعمال المناديل الورقية وغسل الأيدي.

٤- يجب تجزئة أو تقسيم المهارة إلى أجزاء أصغر، ويتم التدريب على كل جزء خلال ساعات اليوم، حيث توفر هذه الطريقة نوع من الإثارة للتدريب فضلاً عن المحافظة على دافعية الطفل لاكتساب المهارة.

٥- التأكد من عدم وجود مشكلة صحية لدى الطفل تمنعه من التدرب على استخدام المرحاض في القيام بالحمام الخفيف أو الثقيل. وفي هذا الخصوص يعتبر الإمساك أو الإسهال أو التبول المتكرر أو التبول بمقادير أو التبول المصحوب بألم من الأمور الصحية التي تحتاج إلى تدخل الطبيب المختص.

٦- في بداية المراحل الأولى من التدريب يكون الإرشاد الجسمي أمراً هاماً، ولكن يجب التقليل منه بعد رسوخ التدريب الأولى ويتم الإرشاد مع تقديم المكافآت الملائمة، ويقل تكراره حتى يختفي تماماً.

٧- يتم إعطاء الطفل قدراً كبيراً من التعزيز اللفظي والمادي على مجهوداته الأولية وتشجيعه بصفة مستمرة طوال فترات التدريب.

٨- عندما نجد مقاومة من الطفل ذي اضطراب طيف التوحد وعدم إتباعه للتعليمات يتم استخدام التوجيه اليدوي حتى يقدم الاستجابة الملائمة مع ضرورة تجنب الإساءة اللفظية والمضايقة.

٩- من الضروري تعليم مهارات الأمن والسلامة لجميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال تدريبهم في المنزل أو المدرسة من خلال استراتيجيات مختلفة ومناسبة للتعامل مع الأخطار، وحماية أنفسهم من الحوادث سواء في المنزل أو الشارع أو المدرسة أو أي مكان يتواجدون فيه، وعلى هذا يتصرفون بأمان في أي موقف خطر، ومن ثم يتجنبون الوقوع في الحوادث.

١٠- من الضروري اصطحاب الأطفال في جولة للمناطق التي تقع خارج المنزل، والتي قد يكون فيها خطر فيتم توعيتهم نحوه حتى يأخذوا حذرهم إذا تعرضوا لهذا الخطر مرة ثانية.

تعقيب عام على (مهارات العناية بالذات):-

١- من خلال ما سبق عرضه من تعريفات لمهارات العناية بالذات يرى الباحث أن معظم التعريفات تتفق في عدة نقاط أهمها:-

- أن مهارات العناية بالذات تمكن الطفل من أن يعيش حياة أكثر تكيفاً مع الأسرة والمجتمع.
- أن مهارات العناية بالذات تهدف إلى تنمية القدرة على التفاعل الناجح مع مواقف الحياة اليومية.
- أن مهارات العناية بالذات من المهارات الرئيسية في مناهج المعاقين على اختلاف درجاتهم وأنواعهم.
- أن مهارات العناية بالذات تمثل الخطوة الأولي للاستقلال عن الأسرة ورفع بعض عبء التربية عنها.
- أن مهارات العناية بالذات لها أثار إيجابية في جميع الجوانب الاجتماعية والنفسية والصحية والتعليمية حيث تتداخل مع جميع هذه المجالات خلال مراحل العمر المختلفة.

٢- استفاد الباحث من التناول السابق لمهارات العناية بالذات في وضع التعريف الإجرائي المناسب لها في هذه الدراسة.

٣- لاحظ الباحث تعدد مجالات مهارات العناية بالذات حيث اختلفت الدراسات السابقة في تحديد محتوى هذه المهارات ولكن أغلب الدراسات اتفقت على وجود مجالات رئيسية لها وهي: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة.

٤- تمكن الباحث من خلال عرضه لمجالات مهارات العناية بالذات من اختيار المجالات المناسبة لبرنامج التدخل المبكر مع مراعاة مناسبة هذه المجالات للمرحلة العمرية المستخدمة في هذه الدراسة (حيث استخدم الباحث في الدراسة الحالية مرحلة عمرية تتراوح ما بين ٤-٦ سنوات).

٥- توصل الباحث من خلال الدراسات السابقة إلى وضع مجموعة من الإرشادات الهامة التي يجب إتباعها عند تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات العناية بالذات تتفق مع الخصائص الشائعة عند هذه الفئة مثل: اتباع روتين محدد وتقسيم المهارة إلى أجزاء صغيرة والتعزيز اللفظي والمادي وغيرها من العوامل التي تسهل تدريب الطفل على اكتساب المهارة بشكل مناسب.

الفصل الثالث

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- تمهيد.
- دراسات تناولت برامج تدريبية لتنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- دراسات تناولت تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- دراسات تناولت برامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تعقيب عام على الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

الدراسات السابقة

تمهيد:-

تمت دراسة تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في العديد من الدراسات والبحوث السابقة، ولقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة، ويتناول الباحث عرضاً لمجموعة من الدراسات العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية ومتغيراتها الأساسية، ويشمل عرض الدراسات على وصف لكل دراسة من حيث الهدف من الدراسة، والعينة والأدوات المستخدمة، وأهم ما توصلت إلية الدراسة من نتائج، وذلك في ثلاثة محاور:

- **المحور الأول: دراسات تناولت برامج تدريبية لتنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**
- **المحور الثاني: دراسات تناولت تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**
- **المحور الثالث: دراسات تناولت برامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**

وفيما يلي عرض للدراسات التي تناولها كل محور من المحاور الثلاثة:-

المحور الأول: دراسات تناولت برامج تدريبية لتنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:-

قام إكسيس، وسميث، وجار، وإلديفك Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik (٢٠٠٢) باستخدام العلاج السلوكي المكثف مع مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات، وذلك في مدرسة لعلاج التوحد، بهدف خفض أعراض اضطراب طيف التوحد، وتنمية المهارات اللازمة للتكيف مع الحياة، وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات:-

الأولى: (١٤) طفلاً تعرضوا لعلاج سلوكي مكثف، وجلسات فردية بنظام (١:١).

الثانية: (١٣) طفلاً كان يتعامل معهم طبيب سريري.

الثالثة: تعرضت لعلاج انتقائي آخر. وتم إجراء متابعة لمدة عام بعد تطبيق البرنامج.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن المجموعة الأولى اكتسبت مهارات أكثر من المجموعتين الآخرين، وحققت ارتفاعاً ذا دلالة إحصائية مقارنة بالمجموعتين الآخرتين، حيث حققوا درجة أفضل في الذكاء العام، والمهارات اللغوية، ومهارات السلوك التكيفي.
- فعالية التدخل السلوكي المبكر والمكثف في إكساب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد السلوكيات الإيجابية.

واستخدمت دراسة جرين، وبرينان، وفين Green, Brennan & Fein (٢٠٠٢) برنامج تحليل السلوك التطبيقي على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تبلغ أعمارهم سنة، وكان العلاج فردياً بنظام (١:١) في المنزل، مع الانتقال التدريبي لفصول ما قبل الحضانة، واستمر العلاج المكثف لمدة (٣) سنوات، وعندما وصلت العينة إلى سن الرابعة ركزت الجلسات على فصول ما قبل المدرسة (الحضانة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- حدوث تحسن ذي دلالة إحصائية في المهارات اللغوية والمعرفية والاجتماعية، والمهارات الحياتية اليومية.
- عدم ظهور أي سلوكيات شاذة لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة، وكان التطور اللغوي يتناسب مع مستواهم العمري والعقلي.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة جيرالدا، وفريدا Gerald & Frida (٢٠٠٣) والتي هدفت إلى تقييم فاعلية التدخل المبكر والمكثف لعلاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك لتحسين مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية، وذلك على عينة مكونة من (٢٠) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٣–٥) سنوات.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تحسن المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد تطبيق برنامج التدخل المبكر، مما ساعد على حل المشاكل السلوكية والانفعالية، وزيادة التفاعلات الاجتماعية لديهم.
- التأكيد على أهمية التدخل المبكر والمكثف ومساعدة الأسرة، مما أدى إلى تحسن مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة وهو ما يجب الاهتمام به في جميع الدراسات الموجه لهم.

وسعت دراسة نانكلاريس Nanclares (٢٠٠٤) إلى تقييم برنامج تحليل السلوك التطبيقي، وذلك بتطبيقه على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (٢–٦) سنوات، وارتكز البرنامج على التدخل المبكر المكثف من خلال استخدام المحاولات المنفصلة، ودور الأسرة كشركاء في البرنامج، وذلك بعد تدريبهم، ومساعدة المعلمين على فهم وتنفيذ البرنامج، من خلال إمدادهم بالأساليب التي تمكنهم من التفاعل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك لتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والمهارات الحياتية، وتم استخدام المنهج شبة التجريبي (القبلي – البعدي).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائياً لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- التأكيد على أهمية التدخل المبكر في تحسين مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وخفض أعراض اضطراب طيف التوحد.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة هورنر، و شيندلر Horner & Schindler (٢٠٠٥) والتي هدفت إلى التأكد من فعالية التدخل السلوكي المكثف والمبكر في تحسين مهارات التواصل لـ (٣) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتراوح أعمارهم ما بين (٤–٥) سنوات، مما ساعد على تطوير مهاراتهم اللغوية وتحسين قدرتهم على التواصل مع الآخرين.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن برنامج التدخل المبكر قدر ساهم في تطوير المهارات اللغوية وغير اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة مما أدي إلى تحسين قدرتهم على التواصل مع الآخرين سواء في الأسرة أو المدرسة بما يحقق فروض الدراسة.

- أن برنامج التدخل المبكر أدي إلى خفض السلوكيات غير المقبولة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأجرى هاريس، وفايس Harris & Weiss (٢٠٠٧) دراسة قائمة على التدخل السلوكي المبكر والمكثف في برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعليم الكلام – اللغة – المهارات الاجتماعية – المهارات الحركية من خلال استخدام نظام التكرار والتعزيز، وذلك على مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في سن ٥ سنوات وأقل، وتضمنت الدراسة مشاركة الأسرة في تنفيذ البرنامج، وتقويم البرنامج في المنزل والمركز.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أهمية التدخل السلوكي المبكر والمكثف في برنامج تحليل السلوك التطبيقي وفاعليته في تعليم الكلام – اللغة – المهارات الاجتماعية – المهارات الحركية.
- أهمية اشتراك الأسرة في تنفيذ برامج تنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

وهدفت دراسة ناوا، ويوكوياما، وياموموتو Naoi, Yokoyama & Yamamoto (٢٠٠٧) إلى تقييم فعالية التدخل باستخدام المحاولات المنفصلة ضمن برنامج تحليل السلوك التطبيقي، وذلك لعلاج (٣) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن، وتنمية مهارات التواصل الوظيفي لديهم، وتم الاعتماد على أفلام الكارتون، والصور كمثيرات. ويُطلب من الأطفال أن يتحركوا من أماكنهم ليروا المثيرات، ويلاحظوها، ويعودوا مرة أخرى، ويعلقوا عليها. وفي البداية لم يتمكن أي من الأطفال الثلاثة من تحقيق أي تقدم ملحوظ، فتم استخدام التلقين اللفظي، ومن ثم أظهر الأطفال تحسناً.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن البرنامج التدريبي له تأثير واضح على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة حيث نجحوا في اكتساب المهارات التي تم تدريبهم عليها بعد انتهاء البرنامج.
- التأكيد على أهمية انضمام الوالدين للبرامج المعدة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأجرت سهى أحمد أمين (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى الاكتشاف المبكر لمهارات الانتباه المشترك عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ثم تقديم برنامج للتدخل المبكر يقوم على تعليم هذه المهارات، وقد اشتملت عينة الدراسة على ستة أطفال توحديين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٥-٦) سنوات، وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: اختبار جودارد للذكاء، ومقياس تقدير توحد الطفولة، وقائمة تقييم مهارات الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال، وبرنامج التدخل المبكر القائم على استخدام الأنشطة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- حدوث تحسن لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة في مهارات الانتباه المشترك وذلك يرجع إلى استفادتهم من برنامج التدخل المبكر القائم على الأنشطة المختلفة.

كما قامت عزه سعيد عرفه (٢٠٠٨) بدراسة هدفت إلى تنمية مستوى بعض العمليات المعرفية لدى الطفل التوحدي من خلال برنامج تدخل مبكر. وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٧) سنوات. وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: قائمة تقييم أعراض التوحد،

ومقياس بعض العمليات المعرفية للطفل التوحدي، وبرنامج التدخل المبكر لتنمية بعض العمليات المعرفية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تنمية مستوى العديد من العمليات المعرفية لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد بفعل برنامج التدخل المبكر.
- التأكيد على أهمية تنمية المهارات التطورية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة.

واعتمدت دراسة ليبر، وفراى، وسيمون Liber, Frea & Symon (٢٠٠٨) على فنيات التدريب من خلال استخدام برنامج تدخل مبكر قائم على فنيات وأنشطة متنوعة، وذلك لتنمية مهارات التواصل ومهارات اللعب لـ (٣) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن برنامج التدخل المبكر قد ساهم في تطور مهارات اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة، وكان ذلك بصورة متزايدة لدى طفل من أطفال العينة.
- حدوث تحسن في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال عينة الدراسة.

المحور الثاني: دراسات تناولت تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:-

أجرى كل من ماك آرثر، وبالرت، وأرتسيان Macarthur , Ballard & Artesian (١٩٨٦) دراسة هدفت إلى تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات تناول الطعام والشراب دون مساعدة من الآخرين وذلك لأطفال تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٣) سنة، وقد اعتمدت الدراسة على استخدام التعزيز وتكوين سلوك الاستقلال لدى الأطفال.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تحسن قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة على تناول الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم بما يحقق فروض الدراسة.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة أولينويا Ulianoua (١٩٨٩) التي أكدت على أهمية تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وكيفية تنظيم الحياة اليومية لاحتياجاتهم والأشياء التي يمكن أن ينجزوها بأنفسهم بشكل معتاد يومياً حيث تشتمل على النظافة الشخصية (الاغتسال والاستحمام) وارتداء الملابس، ويمكن أن يكون ذلك بمشاركة الكبار في بعض أجزاء النشاط حتى يمكنهم التغلب على مخاوفهم حول عدم قدرتهم على ممارسة حياتهم اليومية كلما أمكن، بدون أن يسببوا لهم قلق حيث يجب أن تكون المساعدة بطريقة دافئة وهادئة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- زيادة قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على إنجاز احتياجات الحياة اليومية ومنها النظافة الشخصية، وارتداء الملابس وخلعها، وذلك بدون مساعدة الكبار.

وتناولت دراسة تايلور Taylor (١٩٩٠) تدريب عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٣–١٧) عاماً على مدى واسع من المهارات الحياتية التي يحتاجون إلى تعلمها لزيادة خبراتهم بالحياة، بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية، ومهارات التعلم، وذلك من خلال برنامج تحليل السلوك التطبيقي القائم على فنيات تعديل السلوك.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- تنمية المهارات الحياتية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التعلم، ومهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي قام بها كل من أنوبي، ولازيكا، وكوبايا Lizuka Inoue, & Kobayahi (١٩٩٤) حيث هدفت إلى تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات الطعام والشراب، وتكونت عينة الدراسة من (٥) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (٩–١٣) واحدة توحدية وأربعة لديهن إعاقة عقلية مصحوبة باضطراب طيف التوحد. واعتمدت الدراسة على استخدام الكروت المصورة والتدريس بالفيديو.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- أن البرنامج المعد له تأثير كبير على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة حيث حدث تطور في مهارات تناول الطعام والشراب لديهم.

وبحثت دراسة ألكنتارا Alcantra (١٩٩٤) التغيرات الحادثة في مهارة الشراء لدى عينة مكونة من (٣) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٨–٩) سنوات، واستخدمت الدراسة برنامج تحليل السلوك التطبيقي للسلوك، وتم مرورهم بمواقف مصممة، ومواقف طبيعية (سوبر ماركت) ليتفاعلوا فيها مع المواقف العادية مع الآخرين، كما تم الاستعانة بشريط فيديو للمهارة خلال الجلسات.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- أن البرنامج القائم على تحليل السلوك التطبيقي قد ساهم في اكتساب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مهارة الشراء من السوبر ماركت بما يحقق فروض الدراسة.
- التأكيد على أهمية التدريب على باقي المهارات الحياتية الأخرى لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وكشفت نتائج دراسة سنيدر Snider (٢٠٠٢) عن حدوث تحسين في قدرات عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومهاراتهم الأكاديمية، ومهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية داخل المجتمع، والمهارات اللفظية وغير اللفظية، وذلك بعد تطبيق برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقي.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- أهمية التدخل السلوكي المكثف في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي خفض سلوكياتهم المشكلة حيث ساهم البرنامج في تحسين مهاراتهم الأكاديمية والاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي ومهارات العناية بالذات بما يحقق فروض الدراسة.
- تنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الاجتماعية، والأكاديمية، ومهارات العناية بالذات.

وهدفت دراسة دريو Drew (٢٠٠٤) إلى مساعدة مجموعة من التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد على تنمية مهاراتهم الحياتية من خلال تقييم برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية المختلفة مثل: البحث عن وظيفة – الالتحاق بها – التعامل مع النقود – التفاعل مع الآخرين – النجاح في مشروع – عملية الكتابة – قضاء الوقت في اللعب– اكتساب خبرات متنوعة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- حدوث تطور في المهارات الحياتية لدى الأطفال عينة الدراسة، وفي خفض أعراض اضطراب طيف التوحد.

وكان الهدف من دراسة كاروثرس، وتايلور Cartothers & Taylor (٢٠٠٤) الكشف عن مدى التعاون بين المعلمين وأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للعمل معاً لتدريب الأطفال على إتقان مهارات العناية بالذات. وتكونت عينة الدراسة من (٣٦) ولى أمر و(٦٣) معلماً ومعلمة. واستخدمت الدراسة فنيات النمذجة بالفيديو، والجداول المصورة، وتدريس الأقران.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فعالية التعاون بين المعلمين والوالدين حيث أدى إلى حدوث تطور في إكساب مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأظهرت دراسة رائد الشيخ ذيب (٢٠٠٥) تطور مهارات الأطفال الاستقلالية الذاتية وذلك من خلال إجراء دراسة هدفت إلى تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الاستقلالية الذاتية، وقياس فاعليته حيث اشتق البرنامج التدريبي من أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من أربعة ذكور من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تطور مهارات الأطفال الاستقلالية الذاتية، كما انخفضت واختفت العديد من السلوكيات غير التكيفية وتغير الوصف التشخيصي لحالاتهم إلى الجانب الإيجابي في نهاية البرنامج.

وهدفت دراسة لوكشاين، وجاليس، ورومانك Lockshin, Gillis & Romanaczyk (٢٠٠٥) إلى مساعدة أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال استخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي للتخفيف من الضغط الواقع عليهم، وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مهارات جديدة، ومنها مهارات العناية بالذات – التواصل – مهارات السلوك الاستقلالي.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن البرنامج المعد له تأثير كبير في تنمية المهارات المستهدفة، كما ساعد الآباء على معرفة كيفية التعامل مع أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد.
- التأكيد على دور الأسرة في تنفيذ برامج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وتصف دراسة ووف Woof (٢٠٠٥) حالة الطفل جورج (١٣) عاماً، وأخيه سام (١١) عاماً المصابين باضطراب طيف التوحد، متناولة – وصف الأعراض – الأسباب – إسهامات الباحثين في تعليمهم. وتم اللجوء

إلى برنامج تحليل السلوك التطبيقي واستخدامه مع الطفلين مع الاستعانة بمعلميهم للمشاركة في البرنامج بعد العودة من المدرسة الخاصة، واتبع الطفلان نظاما غذائياً خالياً من الجلوتين والكازين.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- أنه بعد عامين من الانضمام للبرنامج أصبح سام وجورج أكثر استجابة وأكثر تنظيماً وأكثر نشاطاً، ولديهم القدرة في الاعتماد على أنفسهم في قضاء حاجاتهم.

ودراسة سوزان ولیامز Susan Williams (٢٠٠٦) بعنوان رد الفعل والسلوك الاستقلالي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهدفت الدراسة إلى تقدير أثر رد الفعل على السلوك الاستقلالي لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وذوى المشاكل السلوكية الحادة، كما تهدف إلى فحص الطرق المختلفة لتحقيق مقاييس السلوك التكيفي، وتكونت عينة الدراسة من ٤٨ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٥-١٦) سنة.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- حدوث تحسن واضح أثناء العلاج الحاد برد الفعل وقد كانت فترة العلاج ستة شهور، وزيادة واضحة في السلوك الاستقلالي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

وتناولت دراسة لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨) تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال برنامج تدريبي وقياس فاعليته، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً من أطفال التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٢) سنة. وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ومقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، واستمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي (إعداد الباحثة)، ومقياس مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي (إعداد الباحثة)، وبرنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي (إعداد الباحثة).

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الرتب في كل من القياسين القبلي والبعدي لمقياس مهارات العناية بالذات على جميع الأبعاد الفرعية وكذلك مجموع الأبعاد لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة كايكاتر، وآتاليا، وأولارد وإلينا Caykyatar, Atalia, Ollard & Elena (٢٠٠٩) إلى اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتدريس الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد متنوعي الحاجات التعليمية والعمر. وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال ووالديهم.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين، في تدريس الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقام كل من دراسة جاسمين، وكواتر، وميكنالي، وريد، وفومبون، وجيزيل Jasmine, Couture McKinley, Reid, Fombonne & Gisel (٢٠٠٩) بدراسة هدفت إلى بحث أثر تعلم بعض المهارات الحياتية اليومية على المهارات النفس حركية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ٣٥ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٤) سنوات.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أظهرت نتائج الدراسة أن مهارات الحياة اليومية ومنها مهارات العناية بالذات من أكثر المهارات التي يعاني أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من قصور في آدائها بشكل مستقل، وضرورة تدريبهم عليها.

وهدفت دراسة جيهان حسين سليمان (٢٠١١) إلى تنمية المهارات الحياتية لخفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٤) سنة. وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس تشخيص الطفل التوحدى (إعداد/ عادل عبد الله، ٢٠٠٢)، ومقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، واستمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي (إعداد الباحثة)، ومقياس المهارات الحياتية للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)، وبرنامج تدريبي مقترح لتنمية المهارات الحيايتة للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة في تنمية المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بما يحقق فروض الدراسة.
- ضرورة تدريب الوالدين على كيفية تطبيق البرامج التدريبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نظراً لكون الطفل يمكث مع الأسرة وقت أطول من أوقات التدريب.

وأجرت ثناء محمد المصري (٢٠١١) دراسة هدفت إلى تقديم برنامج علاجي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال وأمهاتهم (٨ ذكور – ٢ إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٠) سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين:

الأولى: مجموعة تجريبية تكونت من (٥) أطفال (٤ ذكور+ واحدة من الإناث).

الثانية: مجموعة ضابطة تكونت من (٥) أطفال (٤ ذكور+ واحدة من الإناث).

واستخدمت الباحثة مقياس جودار للذكاء، وقائمة تقييم أعراض التوحد (ترجمة/ عادل عبد الله، ٢٠٠٦)، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/محمد بيومي خليل،١٩٩٠)، ومقياس مهارات العناية بالذات (إعداد الباحثة)، وبرنامج إرشادي للأمهات (إعداد الباحثة)، والبرنامج العلاجي التربوي (تيتش) (إعداد الباحثة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– فعالية البرنامج العلاجي (تيتش) المستخدم في الدراسة في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بما يحقق فروض الدراسة.

المحور الثالث: دراسات تناولت برامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:–

أجرى جونج Jung (٢٠٠٣) دراسة اعتمدت على استخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وتم استخدام مجموعة من الأدوات والألعاب المفضلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك علي عينة مكونة من مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر ما قبل المدرسة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– أن استجابة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للبرنامج كانت مرتفعة، وأصبحوا يتسمون بالمسالمة والطاعة والهدوء، كما تحسنت علاقتهم مع الأقران.

– أن البرنامج المستخدم أدى إلى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بما يحقق فروض الدراسة.

وهدفت دراسة هيملي، ومالتينبرجر، وفلسنار، وجاترداي Himle, Miltenberger, Flessner & Gatheridye (٢٠٠٤) إلى تنمية مهارات الأمان لدى عينة مكونة من (٨) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٤– ٥) سنوات، وذلك باستخدام برنامج تدريب المهارات السلوكية، وتم تنفيذه في المواقف الطبيعية، ويتم البدء بتعليمهم مهارات الأمان عند إيجاد مسدس (لا تلمسه – غادر المنطقة – أخبر الكبار).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– أن (٣) أطفال استطاعوا أداء المهارات بعد انتهاء البرنامج بكفاءة، وأن (٥) أطفال تمكنوا من تعميم هذه المهارات على مهارات أخرى، وجميع الأطفال اكتسبوا هذه المهارات وحافظوا عليها بعد البرنامج.

وقام سيد الجارحي (٢٠٠٤) بدراسة هدفت إلى إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (من غسل اليدين، والمبادأة بإلقاء التحية، ...)، والوقوف على مدى تأثير هذا البرنامج في مساعدتهم على اكتساب مهارات رعاية الذات، وتحديد مدى تأثير هذا التدخل في التغلب على السلوكيات المضطربة لدي هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد سبعة أولاد ، وثلاث بنات، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٥–٨) سنوات.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج على تنمية مهارات السلوك الاستقلالي وخفض الانحرافات السلوكية على مقياس السلوك التكيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- أكد الباحث على أهمية تقديم برامج تأهيل شاملة في مرحلة مبكرة من العمر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وكشفت دراسة هوارد، وسباركمان، وكوهين، وجرين، وستانسلو Howard, Sparkman, Cohen Green & Stanislow (٢٠٠٥) عن أهمية التدخل المبكر في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. من خلال عمل دراسة هدفت إلى مقارنة تأثير ثلاث تدخلات علاجية، وذلك على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر ما قبل المدرسة.

وكانت الإجراءات كالاتي:-

١- (٢٩) طفلاً توحدياً يتلقون تدخلاً تحليلياً مكثفاً من خلال جلسات فردية (١:١) لمدة تتراوح بين (٢٥-٤٠) ساعة أسبوعياً.

٢- (١٦) طفلا توحدياً يتلقون تدخلاً انتقائياً من خلال جلسات فردية (١:١) أو جلسات ثنائية (١:٢) لمدة (٣٠) ساعة أسبوعيا في حجرات تعلم خاصة.

٣- (١٦) طفلا توحدياً لم يتلقوا تدخلاً مبكراً مكثفاً، تلقوا علاجاً لمدة (١٥) ساعة أسبوعياً.

وتم استخدام مقياس التوحد للأطفال التوحديين، وقائمة تشخيص السلوكيات المشكلة، واستخدام اختبارات مقننة لقياس المعرفة- اللغة - المهارات التكيفية - المهارات الاستقلالية للمجموعات الثلاثة لمدة (١٤) شهراً بعد بدء العلاج.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- من خلال متابعة المجموعة الأولى وجد أنها حققت درجات مرتفعة في كل مجالات المهارات أكثر من المجموعة الثانية والثالثة، مما يؤكد على أهمية التدخل المبكر والمكثف في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وذهبت دراسة لايتمور، وبيرسون، وريد Lattimore, Parsons & Reid (٢٠٠٦) إلى تقييم التدخل المبكر في تنمية المهارات الوظيفية (مهارات العمل) لدى (٤) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، وتم التدريب في أماكن العمل بشركة صغيرة مع استخدام التدريب بالمثيرات لتعليمهم مهارات العمل، وذلك ليتمكنوا من الالتحاق بالعمل، بالإضافة إلى التدريب بالمثيرات، وقد كانوا أكثر سرعة في الحفاظ على المهارات الوظيفية.

<u>وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:</u>

- إن أفضل وسيلة لتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المهارات الوظيفية هي استخدام المثيرات، بالإضافة إلى المواقف الطبيعية (أماكن العمل).
- أهمية التدخل المبكر، وأهمية استخدام المواقف الطبيعية في تنمية المهارات الوظيفية الحياتية.

وقام كل من مصطفى أبو المجد سليمان، وخالد سعد سيد (٢٠٠٨) بدراسة هدفت إلى تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وخفض بعض أعراض التوحد والتي من بينها تنمية مهارات العناية بالذات، وتكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما

بين (٤–٦) سنوات. وقد استخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس جيليام لتشخيص التوحدية (إعداد/ محمد السيد ومنى خليفة، ٢٠٠٤)، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال (إعداد/ عبد العزيز الشخص،١٩٩٢)، والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثان).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي للطفل ذي اضطراب طيف التوحد وخفض بعض أعراض اضطراب التوحد والتي من بينها إكساب الأطفال المهارات الحياتية ومنها تدريبهم على الأعمال المنزلية، ومهارات البيع والشراء.

وتتفق مع نتائج الدراسة السابقة دراسة كيهل Kyhl (٢٠٠٨) التي هدفت إلى تنمية مهارات الحياة اليومية، ومنها مهارات العناية بالذات ومهارات التعلم الأكاديمي لطفل ذوي اضطراب طيف التوحد عمره (٧) سنوات، وذلك عن طرق نموذج مصمم بواسطة فريق من العلماء، وتم الاعتماد على فنيات التعلم الفردي، والتدريب من خلال المحاولات المنفصلة، وتم تطبيق البرنامج بالمنزل.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أظهرت الدراسة تنمية مهارات الحياة اليومية ومنها مهارات العناية بالذات لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد بما يحقق فروض الدراسة.
- التأكيد على أهمية اشتراك الأسرة في البرامج التدريبية الموجهة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقامت دراسة هو ho (٢٠٠٨) باستكشاف تأثيرات نموذج العلاج DIR أي النموذج النمائي القائم على العلاقة والفروق الفردية، وهو أحد الأساليب العلاجية الفردية والذي يعد أساسه استراتيجية الفلور تايم، على الأطفال التوحديين في أحد الفصول الصفية المتميزة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الإحساس بالتماسك (SOC) لانتونوفسكي (١٩٨٧) Antonovesky، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً توحدياً تراوحت أعمارهم ما بين (٣.٥– ٦) سنوات، وقد تم تشخيصهم بأنهم أطفال توحديون من خلال علماء نفس إكلينيكيين وأطباء.

وقد توصلت الدراسة إلى النتيجة التالية:

- فعالية أسلوب العلاج (DIR) في تنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال عينة الدراسة بما يحقق فروض الدراسة.

وأجرت رشا جابر عبد المعطي (٢٠٠٩) دراسة هدفت إلى تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مواجهه الأخطار والحوادث في بيئته الداخلية أو الخارجية، وقد اشتملت عينة الدراسة على خمسة أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط تتراوح أعمارهم ما بين (٥–٨) سنوات، ونسبة ذكائهم تراوحت ما بين (٨٠–١٠٠) على مقياس ستانفورد بينيه، وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية: اختبار إدراك بعض أخطار المنزل– الروضة– الطريق (إعداد الباحثة)، وبطاقات ملاحظة سلوك الطفل في (المنزل– الروضة–الطريق) موجهة للمعلمة (إعداد الباحثة)، والبرنامج التدريبي المستخدم (إعداد الباحثة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- نمو مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مواجهة الأخطار والحوادث الشائعة حيث ساهم البرنامج في زيادة قدرة الأطفال على تجنب بعض الأخطار المختلفة التي تواجههم في المنزل والروضة والشارع وهو ما يساعد في مواجهة الطفل التوحدي للأخطار الموجودة في البيئة التي يعيش فيها.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة شريف عادل جابر (٢٠٠٩) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج قائم على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على بعض المفاهيم المرتبطة بإدراكهم لمخاطر الطريق، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٦) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم ما بين (٥ – ٨) سنوات. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس تقدير توحد الطفولة، والبرنامج التدريبي القائم على استخدام جداول النشاط المصورة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن البرنامج التدريبي المعد له تأثير كبير على المجموعة التجريبية حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في إدراك مخاطر الطريق وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
- التأكيد على فعالية التدخل المبكر والمكثف في البرامج الموجهة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة مشيرة على الدين يوسف (٢٠٠٩) إلى إعداد برنامج تحليل السلوك التطبيقي لتنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتقييم فعالية هذا البرنامج في مساعدة الأطفال على تفهم كل مهارة على حده، وتقييم اكتسابهم لهذه المهارات، وقد تكونت عينه الدراسة من (١٠) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (٤–٦)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وقد استخدمت الباحثة مقياس جودار للذكاء، ومقياس جيليام لتشخيص التوحدية (إعداد محمد السيد، ومنى خليفة، ٢٠٠٤)، ومقياس المهارات الحياتية (إعداد الباحثة)، وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي(إعداد الباحثة)، واستمارة الملاحظة والتسجيل اليومي(إعداد الباحثة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في المهارات الحياتية وذلك لصالح المجموعة التجريبية بما يحقق فروض الدراسة حيث تمكن الأطفال التوحديون من أداء بعض المهارات الحياتية بصورة مستقلة.
- فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأجرت بلقيس إسماعيل داغستاني (٢٠١١) دراسة هدفت إلى اقتراح برنامج قائم على جداول الأنشطة المصورة موجه لأطفال الروضة الذاتويين، لإكسابهم بعض المهارات الحياتية اليومية، ومعرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح، وقد اختيرت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الذاتويين بمركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من أربعة أطفال توحديين كمجموعة تجريبية تتراوح أعمارهم ما بين ٤–٦ سنوات، واستخدمت مقياس "جيليام لتشخيص التوحدية" (محمد السيد عبد الرحمن، ومنى السيد خليفة، ٢٠٠٤) ومقياس المهارات الحياتية من إعداد الباحثة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فاعلية البرنامج التدريبي في اكتساب أطفال الروضة التوحديين بعض المهارات الحياتية ومنها مهارات العناية بالذات بما يحقق فروض الدراسة.
- حدوث تحسن في السلوكيات النمطية والمهارات الاجتماعية، حيث جاءت نتائج القياس البعدي والتتبعي أفضل من نتائج القياس القبلي.

وأظهرت دراسة نعمات عبد المجيد موسى (٢٠١٣) التي هدفت إلى إعداد برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الامن الجسدي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال مصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات من ذوي التوحد البسيط من الفئة القابلة للتعلم، وتم اختيارهم بالطريقة العمدية، وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وعددها (٥) أطفال، مجموعة ضابطة وعددها (٥) أطفال. واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس الامن الجسمي لأطفال التوحد (إعداد الباحثة)، وبرنامج التدخل المبكر القائم على العلاج بالتكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لطفل التوحد (إعداد الباحثة)، والبرنامج التدريبي المستخدم (إعداد الباحثة).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- نجاح برنامج التدخل المبكر في تطوير الأمن الجسدي للطفل التوحدي في مهارات التكامل الحسي.
- ساعد البرنامج على إكساب الطفل التوحدي الثقة في قدراته، واتاحت له تكوين صورة إيجابية عن ذاته من خلال برنامج التكامل الحسي المعُد.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات التي تناولت تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين يتضح ما يأتي:

١- تعدد المجالات التي تناولتها الدراسات العربية والأجنبية بالبحث والدراسة فيما يتصل بمهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (أولينويا Ulianoua، ١٩٨٩ ؛ وألكنتارا Alcantra ، ١٩٩٤ ؛ ودريو Drew ، ١٩٩٤ ؛ ولمياء عبد الحميد بيومي، ٢٠٠٨) وجميعها توصلت إلى وجود نقص أو قصور لديهم في بعض مهارات العناية بالذات.

٢- اختلفت الدراسات السابقة من حيث حجم العينة، فهناك دراسات استخدمت عينات كبيرة جداً، ولكنها اعتمدت على المنهج الوصفي في إجراء الدراسة، وكانت تهدف إلى دراسة خصائص الأطفال التوحديين والتعرف على المشكلات السلوكية لديهم (إكسيس وآخرين ,.Eikeseth et al ، ٢٠٠٢ ؛ وسوزان وليامز Susan Williams، ٢٠٠٩). كما أن هناك دراسات استخدمت عينات صغيرة، ولكن هذه الدراسات اعتمدت على المنهج التجريبي، حيث أن أغلبها يسعى إلى إجراء برامج تدريبية لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويعتبر التعامل مع عينات صغيرة أفضل لكي يتمكن الباحث من ملاحظة كل طفل أثناء القيام بالبرنامج ، فكلما قل عدد أفراد العينة كلما كان التعامل أفضل وأدق معهم وكان البرنامج المستخدم معهم أكثر تأثيراً وأكثر فاعلية (ألكنتارا Alcantra، ٢٠٠٤ ؛ وولف Wolff ، ٢٠٠٥ ؛ وناوا وآخرين ,.Naoi et al ، ٢٠٠٧ ؛ وكيهل Kyhl، ٢٠٠٨).

٣- استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تحديد هدف وموضوع الدراسة، وتحديد العينة وانتقائها، وتحديد أدوات الدراسة المستخدمة، وتصميم برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة الحالية.

٤- استفاد الباحث من الدراسات السابقة وبالتحديد من الدراسات التي تناولت برامج التدخل المبكر والمكثف التي قدمت لأطفال التوحد دون سن السابعة والتي قامت على أنشطة مختلفة في تحديد حجم العينة المستخدمة في الدراسة والمرحلة العمرية لها حيث أن معظم هذه الدراسات أجريت على عينات صغيرة جدا تتراوح ما بين (١-٥) أطفال توحديين مثل دراسة كل من (إكسيس وآخرين Eikeseth et al.، ٢٠٠٢ ؛ وجيرالدا وآخرين Gerald et al.، ٢٠٠٣ ؛ وهورنر وآخرين Horner et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ولايتمور وآخرين Lattimore et al. ، ٢٠٠٦ ؛ وعزه سعيد عرفه ، ٢٠٠٨ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣).

٥- استفاد الباحث أيضاً من الدراسات السابقة في الإطلاع على الأدوات التي استخدمتها وفقاً لخصائص العينة المستخدمة في كل دراسة ثم القيام بتحديد الأدوات التي استخدمت في الدراسة حيث استخدم الباحث مقياس ستانفورد- بينيه لقياس الذكاء (محمود السيد أبو النيل، ٢٠١١)، ومقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (تعريب/ عادل عبد الله، ٢٠٠٥)، ومقياس تقدير مهارات العناية بالذات (إعداد الباحث).

٦- أيضاً استفاد الباحث من الدراسات السابقة في إعداد وتصميم برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين وذلك في ضوء الدراسات السابقة التي تم الإطلاع عليها، وتحديد الأسس التي يقوم عليها البرنامج والفنيات والأدوات المستخدمة فيه.

٧- أكدت معظم الدراسات السابقة على أهمية أشراك الأسرة في برامج التدخل المبكر وتفعيل دورها، ومنها دراسات (لوكشاين وآخرين Lockshin et al.، ٢٠٠٥ ؛ وهاريس وآخرين Harris et al.، ٢٠٠٧ ؛ وثناء محمد المصري، ٢٠١١).

٨- أكدت معظم الدراسات السابقة على كفاءة المدرسة السلوكية القائمة على فنيات إدارة وتعديل السلوك في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد (سنيدر Snider ، ٢٠٠٢ ؛ وجونج Jung ، ٢٠٠٣ ؛ ونانكلاريس Nanclares ، ٢٠٠٤).

٩- أكدت معظم الدراسات السابقة على أهمية تنمية مهارات العناية بالذات بشكل خاص والمهارات الحياتية بشكل عام؛ وذلك لإكساب الطفل التوحدي القدرة على الاستقلال النسبي في الاعتماد على نفسه لإشباع حاجاته الأساسية ومنها دراسات (كاروثرس وآخرين Cartothers et al.، ٢٠٠٤ ؛ وسيد الجارحي، ٢٠٠٤ ؛ ورائد الشيخ ذيب، ٢٠٠٥ ؛ ولمياء عبد الحميد، ٢٠٠٨ ؛ وبلقيس إسماعيل، ٢٠٠٩ ؛ وثناء محمد المصري، ٢٠١١).

١٠- كما استفاد الباحث من هذه الدراسات في التعرف على خصائص الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وعلى جوانب القصور في مهارات العناية بالذات لديهم.

فروض الدراسة:

من خلال ما سبق عرضه من دراسات سابقة وتعليق عام عليها يفترض الباحث أن يعمل برنامج التدخل المبكر على تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وبالتالي فقد قام الباحث بصياغة الفروض التالية للدراسة الحالية:

١- توجد فروق دالة إحصائياً (بمستوى دلالة ٠.٠٥) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة).

الفصل الرابع

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- مقدمة.
- منهج الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- إجراءات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الطريقة والإجراءات

مقدمة:-

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة من حيث منهج الدراسة المستخدم وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة وخصائصها السيكومترية، والخطوات الإجرائية التي تم إتباعها في الدراسة، وأخيراً أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في معالجة البيانات للتحقق من فروض الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:-

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، وذلك بالاعتماد على تصميم المجموعة الواحدة، وقياس قبلي وقياس بعدي وتتبعي، وذلك على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة عددها (٦) أطفال؛ لمعرفة مدى فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ثانياً: عينة الدراسة:-

تم تطبيق مقياس الدراسة على عينة مكونة من ثلاثين طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من عدد من مراكز تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة الشرقية وهي (مركز بكرة أحلى للتخاطب وتنمية المهارات . مركز الحياة لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . مركز اشراقة للتخاطب وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة)، وتم اختيار عينة الدراسة من (٦) أطفال ذكور من ذوي اضطراب التوحد الخفيف (على مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد)، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنة، بمتوسط عمري (٥.٣) وانحراف معياري (٠.٥٤)، ومعاملات ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) درجة على مقياس ستانفورد بينه، وتم اختيارهم من أكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات في محافظة الشرقية.

جدول (١) وصف عينة الدراسة المستخدمة في البرنامج.

م	الاسم	العمر	معامل الذكاء	درجة التوحدية	درجة مهارات العناية بالذات
١	م.س	٦	٥٨	٨٣	٢٢
٢	ع. أ	٥.٧	٦٥	٨٥	٢٧
٣	م.ع	٥.١	٦٤	٨٢	٢٥
٤	ع.هـ	٤.٥	٦٥	٨٠	٢٣
٥	ع.م	٥.٥	٦٨	٨٠	٢٦
٦	أ. أ	٥	٧٠	٨٠	٢٨

ثالثاً: أدوات الدراسة:-

تم استخدام المقاييس التالية:

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (إعداد/ محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، وإشراف: محمود السيد أبو النيل، ٢٠١١).

٢- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (إعداد/ جيليام جيمس، وترجمة: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥).

٣- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٤- برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٥- استمارة دراسة حالة لجمع المعلومات عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٦- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

وفيما يلي تقديم وصف لهذه الأدوات:

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (إعداد: محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، مراجعة وإشراف: محمود السيد أبو النيل ،٢٠١١):-

هدف المقياس:-

يهدف المقياس إلى تحديد نسبة ذكاء أفراد العينة من الأطفال التوحديين، وهو من المقاييس شائعة الاستخدام بين المتخصصين في مجال التربية الخاصة، ويشتمل المقياس على (١٥) اختباراً فرعياً موزعين على خمسة مجالات وهي: الاستدلال التحليلي – المعلومات – الاستدلال الكمي – المعالجة البصرية المكانية – الذاكرة العاملة.

وقام بتطبيقه الأخصائي النفسي بالأكاديمية، ونظراً لوجود صعوبة في استخدام اللغة لديهم تم استبعاد الجزء اللفظي في الاختبار والاعتماد على الجزء غير اللفظي الذي يقوم على الأشياء العملية كالمكعبات والخرز وقطع الورق.

الخصائص السيكومترية للمقياس:-

صدق المقياس:-

قام معدو المقياس بحساب صدق المقياس بطريقتين: الأولى هي الصدق التمييزي حيث تم قياس قدرة الاختبارات الفرعية المختلفة على التمييز بين المجموعات العمرية المختلفة وكانت الفروق جميعها دالة عند مستوى ٠.٠١، والثانية هي حساب معامل ارتباط نسب ذكاء المقياس بالدرجة الكلية للصورة الرابعة وتراوحت ما بين ٠.٧٤ و٠.٧٦ وهو ما يشير إلى ارتفاع مستوى صدق المقياس.

ثبات المقياس:-

قام معدو المقياس بحساب الثبات للاختبارات الفرعية المختلفة للمقياس بطريقتي إعادة التطبيق والتجزئة النصفية المحسوبة بمعادلة ألفا كرونباخ. وتراوحت معاملات الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق ما بين

٠.٨٣٥ و ٠.٩٨٨ ، وتراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية ما بين ٠.٩٥٤ و ٠.٩٩٧ ، ومعادلة ألفا كرونباخ تراوحت ما بين ٠.٨٧٠ و ٠.٩٩١ وهو ما يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع.

٢- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (ترجمة وتقنين: عادل عبد الله،٢٠٠٥):-

ويضم هذا المقياس أربعة مقاييس فرعية يتألف كل منها من ١٤ عبارة ليصل بذلك إجمالي عدد عباراته إلى ٥٦ عبارة. وتصف العبارات التي يتضمنها كل مقياس فرعي الأعراض المرتبطة باضطراب طيف التوحد فيما يتعلق بهذا الجانب أو ذلك.

البعد الأول: السلوكيات النمطية Stereotyped Behaviors:- ويضم العبارات الأربع عشرة الأولى أي العبارات (١-١٤) وجميعها تصف ما يصدر عن الطفل من سلوكيات نمطية، واضطرابات الحركة، وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

البعد الثاني: التواصل Communication:- ويضم العبارات الأربع عشرة الثانية أي العبارات (١٥- ٢٨) والتي تصف جميعها السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تمثل أعراضاً لاضطراب التوحد.

البعد الثالث: التفاعل الاجتماعي Social Interaction:- ويضم العبارات الأربع عشر الثالثة؛ أي العبارات من (٢٩-٤٢) والتي تعمل جميعاً على تقييم قدرة الطفل على أن يتفاعل بشكل ملائم مع الأفراد، والأشياء، والأحداث.

البعد الرابع: الاضطرابات النمائية Developmental Distributive:- ويضم العبارات الأربع عشر الأخير أي العبارات من (٤٣- ٥٦) ويتناول أسئلة هامة وأساسية عن نمو الطفل خلال طفولته المبكرة.

من يطبق عليه المقياس:-

يطبق المقياس على الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٣ - ٢٢ سنة، والإجابة عليه تستغرق تقريباً ما بين (١٠ - ١٥) دقيقة.

من يقوم بتطبيق المقياس:-

يقوم بتطبيق المقياس الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وأخصائيو التربية الخاصة على أن يتم أولاً تدريب الفاحص على تطبيق المقياس تحت أشراف متخصصين.

طّرق تطبيق المقياس:-

يقوم أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن يعدون وثيقي الصلة به بالإجابة، وذلك في ضوء ملاحظتهم لما يصدر عنه من سلوكيات علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة لكن المهم أن تعبر كل عبارة بصدق ودقة عما يصدر عن الطفل من سلوكيات.

الخصائص السيكومترية لمقياس:-

صدق المقياس:-

قام معد المقياس بحساب الصدق بطريقتين: الصدق المرتبط بالمحك: بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس الحالي على عينه من الأطفال ٢٩ طفلا ودرجات نفس الأطفال على مقياس الطفل التوحدي (إعداد: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠) وكان قيمه معامل الارتباط ٠.٨٢ وهي دالة إحصائيا عند ٠.٠١ ، وصدق

الاتساق الداخلي: حيث تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المعيارية للأبعاد الأربعة الفرعية وبعضها البعض في علاقتها بالدرجة الكلية (درجة التوحد) لاستجابات كل من أباء ومعلمي الأطفال التوحديين وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١ مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس.

ثبات المقياس:-

قام معد المقياس بحساب الثبات بطريقتين: الثبات بطريقة التجزئة النصفية: حيث تم حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون وذلك كما ذكرها (صلاح أحمد مراد، ٢٠٠٠) حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠.٠١ مما يحقق ثبات المقياس، والثبات بطريقة إعادة التطبيق: على عينة ٢٩ بفاصل زمني مقداره ٢١ يوماً وتم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية في التطبيقين حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة مما يؤكد درجة الثبات العالية للمقياس.

٣- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث):-

قام الباحث ببناء مقياس لتقدير مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تم التحقق من الصدق باستخدام صدق المحكمين، كما تم التحقق من الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق.

خطوات بناء المقياس:-

أمكن للباحث صياغة مفردات المقياس من خلال بعض المصادر منها:

- الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 (2013).
- الدليل الدولي العاشر للاضطرابات العقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD -10 (1993).
- ومن خلال الإطار النظري والدراسات السابقة التي أطلع عليها الباحث.
- ومن خلال سؤال بعض أمهات الأطفال التوحديين عن مهارات العناية بالذات التي تنقص أبناؤهم.

هدف المقياس:- يهدف المقياس إلى تقدير درجة إتقان مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات.

محتوى المقياس:-

يتكون المقياس من (٢٠) مفردة موزعة على أربعة أبعاد أساسية وهي:

١- البعد الأول: مهارات تناول الطعام والشراب ويحتوى على ٥ مفردات وتتضمن:

(تناول الطعام بالملعقة، وتناول الأطعمة الجافة ، وتناول المشروبات، وعمل ساندويتش، وتنظيف مائدة الطعام).

٢- البعد الثاني: مهارات النظافة الشخصية ويحتوى على ٥ مفردات وتتضمن:

(غسل اليدين، وغسل الوجه، وغسل الأسنان، وقضاء الحاجة في الحمام، والاستحمام).

٣- البعد الثالث: مهارات المظهر العام ويحتوى على ٥ مفردات وتتضمن:

(ارتداء القميص، وارتداء البنطلون، وارتداء الشراب، وارتداء الحذاء، وخلع الملابس).

٤- البعد الرابع: مهارات الأمن والسلامة ويحتوى على ٥ مفردات وتتضمن:

(تمييز الأشياء الصالحة للأكل ، وتجنب الاصطدام بأثاث المنزل ، والبعد عن تناول الأدوية والعطور، والتعرف على إشارات المرور، وعبور الطريق بسلام).

تصحيح المقياس:-

يتكون المقياس من ٢٠ مفردة وله ثلاثة اختيارات مكونة من (يستطيع بمفردة - يستطيع بمساعدة - لا يستطيع)، وكان المقياس مفرداته كلها إيجابية وكانت درجة تصحيحه تأخذ الدرجات الآتية:

يستطيع بمفرده = ٣ ، يستطيع بمساعدة = ٢ ، لا يستطيع =١

طريقة تطبيق المقياس:-

يطبق المقياس فردياً على أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (الأمهات) وذلك قبل البرنامج، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وقياس تتبعي بعد انتهاء البرنامج بمدة شهرين.

الخصائص السيكومترية لمقياس:-

صدق المحكمين:-

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين وذلك بعرضه على ١٠ من الأساتذة المختصين بأقسام التربية الخاصة، والصحة النفسية، وعلم النفس التربوي، وأطباء النفسية والعصبية من جامعات مصرية مختلفة، وتم استبعاد العبارات غير المتفق عليها بنسبة أكبر من ٨٠% وكذلك الأخذ بمقترحات السادة المحكمين.

وذلك يتضح من الجدول التالي:

جدول (٢) نسب اتفاق السادة المحكمين على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

رقم الفقرة	اسم الفقرة	عدد المحكمين		نسبة الإتفاق %
		مناسبة	غير مناسبة	
أ	**مهارات تناول الطعام والشراب**			
١	يتناول الطفل الطعام باستخدام ملعقة.	١٠	-	%١٠٠
٢	يتناول الطفل الأطعمة الجافة باستخدام	١٠	-	%١٠٠
٣	يشرب الطفل الماء في كوب باستقلالية.	١٠	-	%١٠٠
٤	يستطيع الطفل أن يعمل ساندويتش لنفسه.	٩	١	% ٩٠
٥	يساعد الطفل في تنظيف مائدة الطعام.	١٠	-	%١٠٠
أ	**مهارات النظافة الشخصية**			
١	يغسل الطفل يديه قبل الأكل وبعده.	١٠	-	%١٠٠
٢	يغسل الطفل وجهه بالماء والصابون.	١٠	-	%١٠٠
٣	يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون.	١٠	-	%١٠٠

رقم الفقرة	اسم الفقرة	عدد المحكمين		نسبة الاتفاق %
		مناسبة	غير مناسبة	
٤	يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة.	٩	١	٩٠ %
٥	يستطيع الطفل الاستحمام بشكل مناسب.	١٠	–	١٠٠%
ز	**مهارات المظهر العام**			
١	يرتدي الطفل القميص باستقلالية.	١٠	–	١٠٠%
٢	يرتدي الطفل البنطلون باستقلالية.	١٠	–	١٠٠%
٣	يرتدي الطفل الشراب باستقلالية	١٠	–	١٠٠%
٤	يرتدي الطفل الحذاء باستقلالية.	١٠	–	١٠٠%
٥	يخلع الطفل الملابس الخاصة به.	٩	١	٩٠ %
ز	**مهارات الأمن والسلامة**			
١	يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل.	١٠	–	١٠٠%
٢	يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل.	١٠	–	١٠٠%
٣	يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور.	٩	–	٩٠ %
٤	يتعرف الطفل على إشارات المرور.	١٠	–	١٠٠%
٥	يستطيع الطفل عبور الطريق بسلام.	٨	٢	٨٠ %

ثبات المقياس:- تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق عن طريق استخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني بفاصل خمسة عشر يوماً على العينة المكونة من ثلاثين طفلاً. وفيما يلي معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني:

جدول (٣) معاملات الثبات لأبعاد مقياس تقدير مهارات العناية بالذات بطريقة إعادة التطبيق.

م	البعد	الارتباط
١	مهارات تناول الطعام والشراب	٠.٩٥٨ **
٢	مهارات النظافة الشخصية	٠.٩٣٣ **
٣	مهارات المظهر العام	٠.٨٩٤ **
٤	مهارات الأمن والسلامة	٠.٩٣٨ **

وقد أسفرت نتائج المصفوفة عن اتساق بيانات المقياس في مرتي التطبيق نظراً لارتفاع معاملات الثبات.

كما تم تقدير مصفوفة الارتباطات بين درجات الأبعاد الأربعة بإستخدام معامل ارتباط بيرسون وهي كالتالي:

جدول (٤) معاملات مصفوفة الارتباطات لأبعاد مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

الأبعاد	(١)	(٢)	(٣)	(4)
(١) مهارات تناول الطعام	١			
(٢) مهارات النظافة الشخصية	٠.٩٢١ (**)	١		
(٣) مهارات المظهر العام	٠.٩٢٨ (**)	٠.٩٣٩ (**)	١	
(٤) مهارات الأمن والسلامة	٠.٧٨٦ (**)	٠.٩٢٨ (**)	٠.٩٢٩ (**)	١

(**) دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١.

وقد أسفرت نتائج المصفوفة عن صدق البناء الداخلي للمقياس نظراً للارتباط بين الأبعاد الأربعة.

وفيما يلي التحليل السيكومتري لمفردات المقياس في ضوء معامل ألفا كرونباخ ومعامل الارتباط المصحح.

جدول (٥) ثبات المفردات ومعامل الارتباط المصحح لأبعاد المقياس.

البعد	المفردة	الثبات عند حذف المفردة	معامل الارتباط المصحح	ثبات البعد
مهارات تناول الطعام والشراب	١	٠.٦٤٧	٠.٤٢٤	٠.٦٨٤
	٢	٠.٥٢٧	٠.٦٦٦	
	٣	٠.٦٥٤	٠.٣٩٧	
	٤	٠.٦٨٢	٠.٣٢٦	
	٥	٠.٦٤٠	٠.٤٢٦	
مهارات النظافة الشخصية	١	٠.٧٢٠	٠.٤٣٨	٠.٧٧٥
	٢	٠.٦٤٧	٠.٣٧٤	
	٣	٠.٧١٧	٠.٦٣٦	
	٤	٠.٦٢٦	٠.٤٢٢	
	٥	٠.٧٨٦	٠.٥٩٣	
مهارات المظهر العام	١	٠.٦٦٦	٠.٤٢٥	٠.٧٠٢
	٢	٠.٧٠٧	٠.٥٧٢	
	٣	٠.٦٩٦	٠.٣٧٥	
	٤	٠.٦١٧	٠.٥٤٨	
	٥	٠.٦٧٦	٠.٤٠٣	
مهارات الأمن والسلامة	١	٠.٧٧٨	٠.٥١٩	٠.٧٩٨
	٢	٠.٧٤٩	٠.٦١٢	
	٣	٠.٧٢٧	٠.٦٨١	
	٤	٠.٧٨٥	٠.٥١٦	
	٥	٠.٧٥٦	٠.٥٩١	

٤- برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين (إعداد الباحث):-

- **أهداف البرنامج:-**

أ- الهدف العام:-

يهدف البرنامج الحالي إلى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الخفيف الملتحقين بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٤- ٦) سنوات، وذلك من خلال عدد من الجلسات التي تتم باستخدام مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة.

ب- الأهداف الإجرائية:-

١- تطبيق برنامج التدخل المبكر على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٢- تنمية بعض مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل: تناول الأطعمة، وتناول المشروبات، وإعداد ساندوتش، وتنظيف المائدة.

٣- تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات النظافة الشخصية مثل: غسل اليدين، وغسل الوجه، وغسل الأسنان، وقضاء الحاجة في الحمام، والاستحمام.

٤- تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات المظهر العام مثل: ارتداء القميص، وارتداء البنطلون، وارتداء الشراب، وارتداء الحذاء، وخلع الملابس الخاصة بالطفل.

٥- تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات الأمن والسلامة مثل: تمييز الأشياء الصالحة للأكل، وتجنب الاصطدام بأثاث المنزل، وتجنب تناول الأدوية والعطور، وعبور الطريق بسلام.

- **الأسس التي يقوم عليها البرنامج:-**

يرتكز البرنامج الحالي على العديد من الأسس، وذلك على النحو التالي:-

أ- الأسس العامة وتشمل:-

- السلوك الإنساني سلوك مكتسب ومتعلم.
- السلوك الإنساني مرن ويمكن تعديله وتغييره من خلال تطبيق البرامج التدريبية المختلفة.
- السلوك الإنساني فردى وجماعي في نفس الوقت.

ب- الأسس التربوية وتشمل:-

- ملائمة البرنامج لقدرات وإمكانات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- التأكيد على الاستفادة من كافة حواس الطفل.
- العمل على توفير الوقت الكافي للأطفال لأداء الأنشطة المطلوبة.

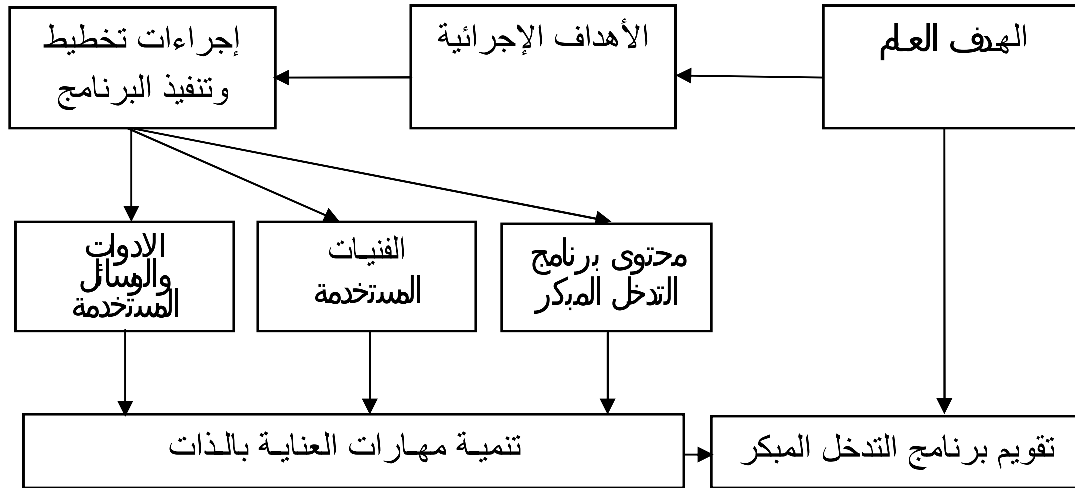
ج- الأسس النفسية وتشمل:-

- مراعاة مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- مراعاة خصائص نمو الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد واستعدادهم، وميولهم، وقدراتهم.
- تقديم المعززات المناسبة التي تقوي من حدوث الاستجابة المرغوبة وتقلل من الاستجابة غير المرغوبة.

د- الأسس الاجتماعية وتشمل:-

- مشاركة الأسرة في كافة البرامج المعدة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- إكساب الأطفال بعض السلوكيات الاجتماعية المقبولة وتعديل بعض السلوكيات غير المقبولة.
- الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أعضاء في جماعة تؤثر فيها وتتأثر بها لذلك لابد من الاهتمام بهم.

ويوضح شكل (١) رسم تخطيطي للبرنامج:



شكل (١) التخطيط العام لبرنامج التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- **أهمية البرنامج:-**

انطلاقاً مما أشارت إليه كثير من الدراسات من وجود قصور في مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (وليري، وبيرتون، وهاين Wolery , Burton & Hine، ٢٠٠٥ ؛ وديمير ومكادواDemyer & Mcadoo، ٢٠٠٦ ؛ وكيهل Kyhl ، ٢٠٠٨ ؛ وجيهان حسين سليمان، ٢٠١١ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣). لذلك فهم في حاجة إلى تدخل مبكر لإكسابهم هذه المهارات بما يجعلهم غير معتمدين على أفراد أسرتهم أو على من يتعاملون معهم ومن ثم جاء البرنامج لتلبية هذه الحاجات. فضلاً عن إمكانية الوصول إلى نتائج تفيد في تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر مبكر، ومساعدة الأسرة من خلال المساهمة في توفير برنامج تدخل مبكر يمكن تطبيقه في المنزل.

وقد اعتمد الباحث عند تصميم برنامج التدخل المبكر على:

١- الدراسات السابقة التي قامت بإجراء برامج تدخل مبكر مختلفة لتنمية مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين مثل (جيرالدا وآخرين Gerald et al.، ٢٠٠٣ ؛ وهورنر وآخرين Horner et al.، ٢٠٠٥ ؛ ولايتمور وآخرين Lattimore et al.، ٢٠٠٦ ؛ وعزه سعيد عرفه، ٢٠٠٨ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣).

٢- برامج عربية وأجنبية (إكسيس وآخرين Eikeseth et al.، ٢٠٠٢ ؛ وعزه سعيد عرفه ، ٢٠٠٨ ؛ ولمياء عبد الحميد بيومي ، ٢٠٠٨ ؛ وثناء محمد المصري، ٢٠١١ ؛ ومشيرة على الدين يوسف، ٢٠١١).

- **<u>مدة البرنامج:-</u>**

تضمن البرنامج (٤٨) جلسة بواقع ثلاث جلسات للطفل، وجلسة إرشاد أسري للأم أسبوعياً، وزمن الجلسة (٣٠) دقيقة وبذلك استمر البرنامج لمدة ثلاثة أشهر.

- **<u>مكان تطبيق البرنامج:-</u>**

تم تطبيق البرنامج في أكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية.

- **<u>الفئة التي طبق عليها البرنامج:-</u>**

تم تطبيق البرنامج على عينة من الأطفال التوحديين بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية وعددهم (٦) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات، ومعاملات ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) درجة على مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة.

- **<u>اللغة المستخدمة في البرنامج:-</u>**

تم استخدام اللغة العامية العربية في هذه الجلسات والتي تتفق مع طبيعة الحياة الطبيعية التي يعيشها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية.

- **<u>طريقة تطبيق البرنامج:-</u>**

تم تطبيق البرنامج بطريقة فردية في جميع الجلسات وذلك لمراعاة الفروق الفردية بين الأطفال حيث خصص الباحث ثلاث جلسات للطفل وجلسة إرشاد أسري للأم لإرشادها حول خطوات تدريب الطفل في المنزل والتغلب على المشكلات التي تواجهها أثناء عملية التدريب.

- **<u>تاريخ تطبيق الجلسات:-</u>**

تم تطبيق الجلسات في الفترة من ٢٠١٣/١٢/٥ إلى ٢٠١٤/٣/٥.

- **<u>من قام بتطبيق البرنامج:-</u>**

الباحث هو من قام بتطبيق جميع جلسات البرنامج على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة وذلك بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية.

- **<u>محتوي البرنامج:-</u>**

تضمن البرنامج (٥٠) جلسة موزعة على أبعاد مقياس تقدير مهارات العناية بالذات الأربعة وهي (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة)، حيث يشتمل البرنامج على:-

١- تعارف وتمهيد بين الباحث والأمهات (٢) جلسة.
٢- تعارف وتمهيد بين الباحث والأطفال (٢) جلسة.
٣- مهارات تناول الطعام والشراب (١١) جلسة.
٤- مهارات النظافة الشخصية (١١) جلسة.
٥- مهارات المظهر العام (١١) جلسة.
٦- مهارات الأمن والسلامة (١١) جلسة.

وذلك بجانب جلستين الجلسة الأولى للقياس القبلي، والجلسة الثانية للقياس البعدي بعد الانتهاء من تطبيق برنامج التدخل المبكر على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

- **الفنيات المستخدمة في البرنامج:-**

يمكن استخدام مجموعة من تعديل السلوك التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج والتي يمكن من خلالها أن يكتسب الأطفال التوحديين مهارات العناية بالذات وفيما يلي عرض مبسط لهذه الفنيات:-

(أ) التعزيز أو التدعيم: Reinforcement

ينص مبدأ التعزيز على أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج إيجابية أو يخلصه من النتائج السلبية، وهذه حقيقة علمية أوضحتها البحوث الأساسية والتطبيقية ، وعلى ذلك فالتعزيز هو أي فعل يؤدى إلى زيادة حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه (جمال الخطيب، ١٩٩٣، ص٣٧) ، وهو تقوية السلوك المرغوب وتثبيته بتقديم شيء محبب للطفل، وتنقسم المدعمات إلى:

١- المعززات الأولية: وهي الأشياء الضرورية للحياة كالشراب والطعام والحلوى....الخ.

٢- المعززات الثانوية: وهى أشياء لا تكتسب قيمتها في حد ذاتها لكن فيما تمكن الطفل من الحصول على ما قد يرغب فيه مثل (النقود أو مشاهدة برنامج معين...الخ).

٣- المعززات الاجتماعية: ومنها المدح والابتسامات والقبلات واحتضان الطفل وكل ما يشير إلى الاهتمام بالطفل.

٣- المعززات مثيرة للانتباه: ومنها اللعب والعرائس والأنشطة والموسيقى والألوان المبهرة وغيرها من المثيرات (لويس كامل مليكه، ١٩٩٨).

(ب) النمذجة: Modeling

يستخدم مصطلح النمذجة للإشارة إلى سلوك الفرد الذي نلاحظه، أي الذي يعمل كنموذج، ويرتبط مصطلح النمذجة بمصطلح التقليد إذ أن المحاكاة هو مصطلح يطلق للدلالة على سلوك المتعلم الذي يلاحظ سلوكا معينا ويقوم بتقليده وهو يعكس الأداء، كما يرتبط أيضاً بمصطلح التعلم بالملاحظة والذي يطلق للدلالة على التعلم الذي يحدث من ملاحظة الآخرين وقد يكون الأداء في هذه الحالة لاحقا ولا يشتمل على التقليد الفوري، وتتوقف فاعلية النموذج كأسلوب للعلاج على وجود نموذج فعلى أو نموذج حي وهو أي شخص يؤدى النموذج المطلوب إتقانه، مع توجيه انتباه المفحوصين على أداء سلوك النموذج المرغوب فيه وتنفيذه عملياً، وأن يتم تدعيم أدائه للسلوك تدعيماً إيجابياً، وقد أشارت بعض الدراسات الحديثة نسبياً إلى نجاح هذا الأسلوب في اكتساب جوانب إيجابية من العلاقات الاجتماعية، وكذلك التشجيع على المشاركة الاجتماعية (رشاد موسى، ٢٠٠٢، ص٥٣).

(ج) التشكيل: Shaping

يعتبر تشكيل السلوك من أكثر الاستراتيجيات المستخدمة بصورة عامة، ويتضمن تقديم التعزيز بصورة متدرجة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر من السلوك المرغوب (أي تعزيز التقريب المتتابع للسلوك)، وعند اختيار فنية التشكيل يتم تحديد المهارة والهدف المطلوب تعليمه للطفل والذي يطلق عليه السلوك المستهدف، ثم

يتم تشكيل هذا الهدف إلى أهداف أو وحدات صغيرة، ويتم تعليم كل وحدة من هذه الوحدات بشكل منفصل، وبعد تمكين الطفل من هذه الوحدات الصغيرة يتم مساعدته لجمع هذه الوحدات معاً لتكوين السلوك المستهدف (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٤، ص٩).

(د) التوجيه: Guiding

يكون التوجيه أما يدوياً أو لفظياً، ويقصد بالتوجيه اليدوي تلك المساعدة البدنية التي يقدمها المعلم أو المشرف لمساعدة الطفل المعاق على آداء المهارة المطلوبة، ويستخدم المعلم بعض المهارات الحركية عندما يمسك يد الطفل مثلا ويوجه حركاته بطريقة تمكنه من أداء عمل مطلوب منه، مثل أن يمسك بيد الطفل ويعطيه صابونه، وفي نفس الوقت يجب عليه توجيه لفظياً، وذلك عن طريق إعطائه بعض التعليمات اللفظية مثل: أمسك الصابونة، أو بالإشارة باليد أو الإيماءات كالنظر بالعين أو هز الرأس، ويعد هذا الأسلوب جيداً لتعليم هؤلاء الأطفال مهارة جديدة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ص١٩٦ ؛ وجيهان مصطفى، ٢٠٠٨، ص٥٦).

(هـ) التكرار: Repetition

حيث يحصل الطفل على عدة فرص ومحاولات لتعلم الأهداف، وبالتالي تصبح عملية التعلم أسهل وأكثر فاعلية، وتدل النظريات الحديثة على أن الممارسة اليومية والتكرار من شأنهما أن يؤثرا على تكوين الدماغ، ولاسيما الخلايا العصبية حتى عند كبر السن (وفاء الشامي،٢٠٠٤، ص١٣٩).

(و) استخدام الفيديو:

يستخدم الفيديو كفنية من فنيات تعديل السلوك يتم من خلالها تقديم نماذج لبعض السلوكيات التي يراد تعديلها حيث يكون له تأثيراً فعالاً في تعديل السلوك كما أكدت العديد من الدراسات السابقة سواء أكانت عربية أم أجنبية.

وأكدت العديد من الدراسات على فاعلية استخدام الفيديو في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ومنها دراسة (شيبلي، وليتكر، وتوبمان Shipley, Lutzker & Taubman، ٢٠٠٢) والتي استهدفت تدريس مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال النمذجة بالفيديو.

- **<u>الأدوات والوسائل المستخدمة في البرنامج:-</u>**

تتنوع الوسائل التي يستخدمها الباحث، وذلك وفقاً لكل جلسه وما تحتاجه من أدوات حسب المهارة التي يتم التدريب عليها، ومن هذه الأدوات:

- مجموعة من الأطعمة المفضلة لدى الأطفال مثل (طعام شرائح – بسكويت – كيك – عصير).
- مجموعة من الألعاب المحببة لدى الأطفال مثل (بازل– مكعبات – دمي – بالونات).
- مجموعة من أدوات النظافة الشخصية مثل (مناديل – صابون – فرشاة أسنان ومعجون).
- مجموعة من الملابس الخاصة بالطفل مثل (بنطلون – قميص – شراب – حذاء).
- مجموعة أدوات للتدريب على مهارات الأمن والسلامة مثل (فيديوهات – عربية –نموذج لإشارات المرور).

- **المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات:-**

يتم تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة على مهارات العناية بالذات على مدى زمني يمتد إلى ثلاثة شهور بواقع (٤) جلسات أسبوعياً بحيث تخصص ثلاث جلسات للطفل وجلسة إرشاد أسري للأم، وذلك بإجمالي (٤٨) جلسة ، وزمن الجلسة (٣٠) دقيقة مع التأكيد علي ما يأتي:

١- تم تطبيق جميع الجلسات فردياً (الباحث والطفل فقط مع حضور الأم)؛ وذلك لمراعاة الفروق الفردية بين الأطفال، واختلاف الإرشاد الأسري الموجه إلى الأمهات.

٢- مدة كل جلسة (٣٠) دقيقة تقسم إلى ١٥ دقيقة ثم نشاط فاصل محبب للطفل ثم ١٥ دقيقة ؛ وذلك لوجود قصور في الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٣- حضرت الأمهات جلسات البرنامج في أثناء التدريب على المهارة للمرة الأولى أو أثناء إعادة التدريب في نهاية كل مجال فرعي للبرنامج.

٤- خصص الباحث جلستان على الأقل في نهاية كل مجال فرعي لإعادة التدريب على كل المهارات السابقة.

٥- خصص الباحث جلسة إرشاد أسري مدتها (٣٠) دقيقة عقب نهاية كل مجال فرعي للبرنامج لمناقشة المشكلات التي واجهت الأمهات أثناء تدريب الأطفال في المنزل وتوضيح طرق التغلب عليها.

- **تعقيب:-**

- عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم قدره على التواصل اللفظي مع بعض المشكلات اللغوية البسيطة الناتجة عن مشكلات اللغة المميزة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- **تقويم البرنامج:-**

أ- التقويم المبدئي:

وتمثل ذلك في عرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال الطب النفسي والصحة النفسية وعلم النفس التربوي وذلك لمعرفة مدى صلاحية البرنامج لتحقيق أهدافه ومدى ملائمته لخصائص الأطفال التوحديين عينة الدراسة، وتم الإبقاء على الجلسات التي لاقت نسبة اتفاق (٩٠ %) فأكثر وبالتالي تم اعتبار نسبة اتفاق السادة المحكمين معيار الصدق وذلك باستخدام المعادلة التالية:

$$\text{نسبة الإتفاق \%} = \frac{\text{عدد مرات الإتفاق}}{\text{عدد مرات الإتفاق + عدد مرات الإختلاف}} \times ١٠٠$$

جدول (٦) نسب اتفاق السادة المحكمين على برنامج التدخل المبكر.

رقم الجلسة	محتوى الجلسة	عدد المحكمين		نسبة الإتفاق %
		مناسبة	غير مناسبة	
١	التطبيق القبلي لأدوات الدراسة.	١٠	-	%١٠٠
٣،٢	تعارف وتمهيد بين الباحث والأمهات.	١٠	-	%١٠٠
٥،٤	تعارف وتمهيد بين الباحث والأطفال.	١٠	-	%١٠٠
٧،٦	أن يساعد الطفل في تنظيف المائدة.	١٠	-	%١٠٠
٩،٨	أن يتناول الطفل الطعام باستقلالية.	١٠	-	%١٠٠
١١،١٠	أن يتناول الطفل المشروبات باستقلالية.	١٠	-	%١٠٠
١٣،١٢	أن يعد الطفل ساندويتش لنفسه.	١٠	-	%١٠٠
١٥،١٤	إعادة التدريب على المهارات السابقة.	١٠	-	%١٠٠
١٦	إرشاد أسري للأم.	١٠	-	%١٠٠
١٨،١٧	أن يغسل الطفل يديه بالماء والصابون.	١٠	-	%١٠٠
٢٠،١٩	أن يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون.	١٠	-	%١٠٠
٢٢،٢١	أن يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة.	١٠	-	%١٠٠
٢٤،٢٣	أن يستطيع الطفل الاستحمام.	٩	١	% ٩٠
٢٦،٢٥	إعادة التدريب على المهارات السابقة.	١٠	-	%١٠٠
٢٧	إرشاد أسري للأم.	١٠	-	%١٠٠
٢٨	أن يرتدي الطفل القميص.	١٠	-	%١٠٠
٢٩	أن يخلع الطفل القميص.	١٠	-	%١٠٠
٣٠	أن يرتدي الطفل البنطلون.	١٠	-	%١٠٠
٣١	أن يخلع الطفل البنطلون.	١٠	-	%١٠٠
٣٢	أن يرتدي الطفل الشراب.	١٠	-	%١٠٠
٣٣	أن يخلع الطفل الشراب.	١٠	-	%١٠٠
٣٤	أن يرتدي الطفل الحذاء.	١٠	-	%١٠٠
٣٥	أن يخلع الطفل الحذاء.	١٠	-	%١٠٠
٣٧،٣٦	إعادة التدريب على المهارات السابقة.	١٠	-	%١٠٠
٣٨	إرشاد أسري للأم.	١٠	-	%١٠٠
٤٠،٣٩	أن يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل.	١٠	-	%١٠٠
٤٢،٤١	أن يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل مثل الأبواب.	٩	١	% ٩٠
٤٤،٤٣	أن يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور.	١٠	-	%١٠٠
٤٦،٤٥	أن يعبر الطفل الطريق بسلام.	٩	١	% ٩٠
٤٨،٤٧	إعادة التدريب على المهارات السابقة.	١٠	-	%١٠٠
٤٩	إرشاد أسري للأم.	١٠	-	%١٠٠
٥٠	التطبيق البعدي لأدوات الدراسة.	١٠	-	%١٠٠

وقد أقترح السادة المحكمين إضافة الفنيات والأدوات المستخدمة إلى محتوى جلسات البرنامج، وتقليل زمن كل جلسة إلى (٣٠) دقيقة فقط بدلاً من (٦٠) دقيقة لوجود قصور في الانتباه البصري لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وحذف بعض الأهداف الفرعية للجلسات، وقد تم تعديل البرنامج في ضوء ملاحظاتهم وتوجيهاتهم وإضافاتهم وبذلك تم التحقق من صدق البرنامج وملائمته للعينة المستخدمة في هذه الدراسة وأصبح البرنامج في صورته النهائية التي استخدمت في الدراسة الحالية.

ب- التقويم البنائي:

وتمثل ذلك في التقويم المصاحب لعملية التطبيق، من خلال سؤال الأم عن مدى إتقان الطفل للمهارة التي تم التدريب عليها في الجلسة، مع إعادة التدريب عليها عقب انتهاء كل مجال فرعي للبرنامج، واستمر ذلك طوال مدة تطبيق البرنامج.

ج- التقويم البعدي:

وذلك عن طريق تقويم أثر برنامج التدخل المبكر على مستوى مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه، وذلك من خلال القياس القبلي والبعدي لعينة الدراسة من خلال تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على أولياء الأمور ومقارنتهما ببعضهما البعض.

د- التقويم التتبعي:

تم تقويم استمرارية فعالية برنامج التدخل المبكر من خلال تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج، ثم مقارنة القياس التتبعي بالقياس البعدي.

٥- استمارة دراسة حالة لجمع المعلومات عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

قام الباحث بإعداد استمارة دراسة حالة لجمع بعض المعلومات الهامة عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

- هدف الاستمارة:

تهدف إلى جمع البيانات الشخصية عن الطفل ذي اضطراب طيف التوحد (عينة الدراسة) وأسرته للاستفادة من المعلومات الواردة.

- وصف الاستمارة:

تحتوي الاستمارة على المعلومات التالية: اسم الطفل، وتاريخ الميلاد، والعمر الزمني، والنوع، وعمر تشخيص الطفل بالتوحدية، ومعامل الذكاء، ودرجة التوحدية، ودرجة تقدير مهارات العناية بالذات، والحالة الاقتصادية للأسرة، والحالة الاجتماعية للأسرة، ووجود حالات إعاقة في الأسرة، وترتيب الطفل بين أخوته، وصلة القرابة بين الوالدين، وظروف الحمل والولادة، والأدوية التي يأخذها الطفل حالياً، وصلة مقدم البيانات بالطفل.

٦- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

- هدف الاستمارة:

أكدت العديد من الدراسات السابقة التي تناولت البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أهمية استخدام التعزيز بصورة أساسية ومستمرة طوال فترة تقديم البرنامج باعتباره أسلوباً مثالياً لنجاح أي برنامج واستمرار نجاحه على مدى أطول مثل دراسة عادل عبد الله (٢٠٠١).

- وصف الاستمارة:

تتضمن الاستمارة أهم المعززات الايجابية سواء كانت معززات أوليه (مأكولات، ومشروبات، وحلويات، وأشياء أخرى)، أو معززات اجتماعية (المدح، والمداعبة، والتصفيق، والسلام باليد)، أو معززات مادية (الرسم، والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور والمجلات)، أو معززات في صورة أنشطة (اللعب الحر، واللعب بالبالونات، واللعب بالمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، وتم التعرف على ذلك من خلال الأمهات حيث تم استخدامها أثناء تنفيذ جلسات برنامج التدخل المبكر.

رابعاً: إجراءات الدراسة:-

قام الباحث بإتباع الخطوات التالية لإجراء الدراسة الميدانية وذلك بعد إعداد أدوات الدراسة المتمثلة في (إعداد برنامج التدخل المبكر):

١- تم الحصول على موافقة الجهات المختصة ابتداء من إدارة أكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية منتهياً بموافقة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وذلك لإجراء الدراسة الميدانية على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة.

٢- قامت إدارة المركز بتوفير جلسات فردية بين الباحث وأولياء أمور مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الملتحقين بالمركز قدم خلالها الباحث نفسه لأولياء الأمور (الأمهات) وقام بشرح البرنامج والفائدة التي ستعود على الأطفال من اشتراكهم في البرنامج وكذلك دور الأمهات في تنفيذه.

٣- تم تطبيق استمارة دراسة الحالة على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالأكاديمية وتشمل الحصول على البيانات المتوفرة في سجلات الأكاديمية وتطبيق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء(الصورة الخامسة)، ومقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب طيف التوحد وذلك على ستة أطفال عينة الدراسة.

٤- تم إجراء القياس القبلي على مجموعة الدراسة عن طريق تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٥- تم تطبيق برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة على المجموعة التجريبية لمدة ثلاثة أشهر في الفترة من ٢٠١٣/١٢/٥ إلى ٢٠١٤/٣/٥ بأكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات بالشرقية.

٦- قام الباحث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بإجراء القياس البعدي على مجموعة الدراسة.

٧- تم بعد ذلك إجراء القياس التتبعي على مجموعة الدراسة وذلك بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج وذلك للتحقق من مدى استمرارية تأثير البرنامج عليهم.

٨- تم رصد الدرجات والقيام بالمعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة.

٩- تم استخلاص النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

١٠- تم تقديم التوصيات المقترحة في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها.

خامساً: الأساليب الإحصائية:-

اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على بعض الأساليب الإحصائية الملائمة للدراسة (في ضوء طبيعتها، ومتغيراتها، وحجم العينة) وذلك من خلال استخدام:

- استخدام اختبار (ت) t-test البارامتري.

الفصل الخامس

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

- تمهيد.
- أولاً: نتائج الدراسة ومناقشتها:
  - نتائج الفرض الأول ومناقشته.
  - نتائج الفرض الثاني ومناقشته.
- ثانياً: توصيات الدراسة.
- ثالثاً: البحوث والدراسات المقترحة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد:-

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت لها الدراسة في ضوء الفروض التي فرضتها الدراسة، ثم مناقشة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري للدراسة، وفى ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة، ثم يختم هذا الفصل بالتوصيات والبحوث المقترحة مستقبلاً في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج.

أولاً: نتائج الدراسة ومناقشتها:-

١- نتائج الفرض الأول ومناقشته:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً (بمستوى دلالة ٠.٠٥) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي".

وللتأكد من صحة الفرض استخدم الباحث اختبار كولمجروف سيمرنوف للتأكد من توفر شرط الاعتدالية للبيانات وقد جاءت جميع القيم غير دالة إحصائياً مما يعني توفر شرط الاعتدالية، وبالتالي استخدم الباحث اختبار (ت) T-test للعينات المرتبطة لمعرفة الفروق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ودلالة الفروق بينهما، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات ودلالتها الاحصائية، ويوضح جدول (٧) النتائج التي تم التوصل إليها وهي كالتالي:

جدول (٧) نتائج اختبار (ت) للفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات ودلالتها الاحصائية.

المهارة	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	د.ح	ت	الدلالة	حجم التأثير
تناول الطعام والشراب	قبلي	٦	٦.٥	٠.٨٣٧	٥	-١٢.٤٢	٠.٠٠٠ دالة	٠.٩٦٢
	بعدي	٦	١٢.٥	٠.٨٣٧				
النظافة الشخصية	قبلي	٦	٦.٣٣	١.٠٣	٥	-١٣.٠٩٧	٠.٠٠٠ دالة	٠.٩٦٦
	بعدي	٦	١٣.١٧	٠.٧٥٢				
المظهر العام	قبلي	٦	٦	٠.٨٩٤	٥	-٨.٣٣	٠.٠٠٠ دالة	٠.٩١٩
	بعدي	٦	١٢.٣٣	١.٦٣				
الأمن والسلامة	قبلي	٦	٦.٣٣	٠.٨١٧	٥	-٨.٢٠٨	٠.٠٠٠ دالة	٠.٩١٧
	بعدي	٦	١١.٦٧	١.١٣٧				
الدرجة الكلية	قبلي	٦	٢٥.١٧	٢.٣٢	٥	-٣٠.٣٩	٠.٠٠٠ دالة	٠.٩٩٣
	بعدي	٦	٤٩.٦٧	٣.٥٦				

ويتضح من جدول (٧) الآتي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي ومتوسطات درجات القياس البعدي لبعد مهارات تناول الطعام والشراب لصالح القياس البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي ومتوسطات درجات القياس البعدي لبعد مهارات النظافة الشخصية لصالح القياس البعدي.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي ومتوسطات درجات القياس البعدي لبعد مهارات المظهر العام لصالح القياس البعدي.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي ومتوسطات درجات القياس البعدي لبعد مهارات الأمن والسلامة لصالح القياس البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي ومتوسطات درجات القياس البعدي لبعد الدرجة الكلية لصالح القياس البعدي.

والقيم المناظرة لحجوم التأثير لكل اختبار إحصائي دالة بجدول (٧) مما يدل على فعالية برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة الحالية.

وهذا يعني وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات بأبعاده والدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، فمن خلال مقارنة الدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي يتبين أن الدرجات التي حصل عليها الأطفال التوحديين عينة الدراسة في القياس البعدي زادت بدرجة كبيرة وبشكل دال عن درجات نفس المجموعة في القياس القبلي حيث أن المتوسط الحسابي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة في القياس القبلي يقدر بـ (٢٥.١٧)، والمتوسط الحسابي لنفس المجموعة في القياس البعدي يقدر بـ (٤٩.٦٧)، وأن هذه النتيجة تؤيد الفرض الأول للدراسة الحالية الذي سبق الإشارة له، وهذا يعني أن تطبيق برنامج التدخل المبكر أدى إلى نتائج إيجابية تمثلت في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو يتفق مع (جرين وآخرين .Green et al، ٢٠٠٢ ؛ وسيد الجارحي ، ٢٠٠٤ ؛ وهورنر وآخرين .Horner et al، ٢٠٠٥ ؛ وهوارد وآخرين .Howard et al، ٢٠٠٥ ؛ ورائد الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ ؛ وهاريس وآخرين .Harris et al، ٢٠٠٧ ؛ ورشا جابر عبد المعطي، ٢٠٠٩ ؛ وبلقيس إسماعيل داغستاني، ٢٠١١).

وهذا معناه أن برنامج التدخل المبكر كان فعالاً في تنمية مهارات العناية بالذات وهي (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة).

والباحث يرى منطقية هذه النتائج حيث أن برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة الحالية بما تضمنه من أنشطة تقوم على أسس تربوية ونفسية واجتماعية قد ساهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة، كما أدي إلى زيادة الاستقلالية النسبية لدى هؤلاء الأطفال بصورة أفضل وهو ما يتفق مع (سنيدر Snider ، ٢٠٠٢ ؛ وجونج Jung ، ٢٠٠٣ ؛ وسيد الجارحي، ٢٠٠٤ ؛ وكاروثرس وآخرين .Cartothers et al ، ٢٠٠٤ ؛ وعزه سعيد عرفه ، ٢٠٠٨ ؛ ونعمات عبد المجيد

موسى، ٢٠١٣) الذين توصلوا إلى فعالية برامج التدخل المبكر التي تقدم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة ما قبل السادسة من العمر حيث تتاح لهم الفرصة في الاعتماد على أنفسهم وتحقيق قدر كبير من الاستقلالية، كما أصبح الطفل ذي اضطراب طيف التوحد قادراً على ممارسة النظافة الشخصية والتي تتمثل في الذهاب إلى الحمام بمفرده عند الحاجة وخلع ملابسه وقضاء حاجته واستخدام المناديل فضلاً عن غسل يديه ووجهه والاستحمام بطريقة مناسبة، كما أن الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد أصبح قادراً على ارتداء القميص وخلعه وارتداء البنطلون وخلعه وارتداء الشراب وخلعه وارتداء الحذاء وخلعه دون الحاجة لمساعدة الآخرين، كما أصبح الطفل ذي اضطراب طيف التوحد قادراً على تجنب بعض مصادر الخطر في المنزل مثل النوافذ والبلكونة، وكذلك تجنب العبث بالأدوية أو العطور، وكذلك تمييز الأشياء الصالحة للأكل، والتعرف على إشارات المرور في الشارع.

كما يفسر الباحث هذا التحسن الذي طرأ على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة في أن برنامج التدخل المبكر المقدم لهم أتاح فرصة التدريب على مهارات موجودة لديهم ولكنها غير مستعملة بشكل أمثل بفعل قيام أولياء الأمور بأدائها نيابة عن أطفالهم أما تيسيراً عليهم أو نوعاً من توفير الوقت لإخوة الطفل في المنزل بفعل ضغوط الحياة اليومية على الأسرة، وكذلك استخدام فنيات تعديل وتشكيل السلوك المختلفة في البرنامج مثل (التعزيز بنوعيه المادي والمعنوي، والنمذجة، والتشكيل، والحث وغيرها).

وتؤكد هذه النتائج على أهمية أشتراك الأسرة في برامج التدخل المبكر وتفعيل دورها بشكل إيجابي في تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على المهارات الحياتية بشكل عام ومهارات العناية بالذات بشكل خاص حيث أن الوقت الذي يقضيه الطفل في المنزل بصحبة أسرته لا يمكن تعويضه بأي حال في أي مكان أخر، ولذلك لابد من مشاركة أفراد الأسرة (مثل الوالدين والأخوة العاديين) في تدريب الطفل على المهارات التي يتم تدريبه عليها في مركز التأهيل؛ وذلك لضمان نجاح الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد في تعلم مهارات العناية بالذات وتعميمها.

٢- نتائج الفرض الثاني ومناقشته:

ينص الفرض الثاني على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة)".

وللتأكد من صحة الفرض استخدم الباحث اختبار كولمجروف سيمرنوف للتأكد من توفر شرط الاعتدالية للبيانات وقد جاءت جميع القيم غير دالة إحصائياً مما يعني توفر شرط الاعتدالية، وبالتالي استخدم الباحث اختبار (ت) T-test للعينات المرتبطة لمعرفة الفروق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية ودلالة الفروق بينهما، وفيما يلي نتائج اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات ودلالتها الاحصائية، ويوضح جدول (٨) النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٨) نتائج اختبار (ت) للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات ودلالتها الاحصائية.

المهارة	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	د.ح	ت	الدلالة
تناول الطعام والشراب	بعدي	٦	١٢.٥	٠.٨٣٧	٥	٠.٣٠٧ –	٠.٧٥٦
	تتبعي	٦	١٢.٣٣	١.٠٣٣			غير دالة
النظافة الشخصية	بعدي	٦	١٣.١٧	٠.٧٥٣	٥	٠.٠٠	١.٠٠
	تتبعي	٦	١٣.١٧	٠.٧٥٣			غير دالة
المظهر العام	بعدي	٦	١٢.٣٣	١.٦٣	٥	٠.١٨٦ –	٠.٨٥٦
	تتبعي	٦	١٢.١٧	١.٤٧			غير دالة
الأمن والسلامة	بعدي	٦	١١.٦٧	١.٣٧	٥	٠.٤٤٧–	٠.٦٦٤
	تتبعي	٦	١١.٣٣	١.٢١			غير دالة
الدرجة الكلية	بعدي	٦	٤٩.٦٧	٣.٥٦	٥	١.٥٨١	٠.١٧٥
	تتبعي	٦	٤٩	٢.٨٣			غير دالة

ويتضح من جدول (٨) الاتي:

١- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التتبعي لبعد مهارات تناول الطعام والشراب لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التتبعي لبعد مهارات النظافة الشخصية لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التتبعي لبعد مهارات المظهر العام لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التتبعي لبعد مهارات الأمن والسلامة لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التتبعي لبعد الدرجة الكلية لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

وبصفة عامة فأنه يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده في القياس البعدي والتتبعي وذلك بعد فترة من تطبيق البرنامج (بعد مرور شهرين تقريباً).

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى استمرارية فعالية برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة الحالية، وذلك نتيجة تخصيص الباحث لبعض الجلسات . أثناء تطبيق جلسات برنامج التدخل المبكر . التي استهدفت إعادة

تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات العناية بالذات على سبيل المراجعة، مما أكد على بقاء أثر التدريب لفترة أطول، وكذلك مواظبة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على تدريب أطفالهن على مهارات العناية بالذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وذلك لمدة شهرين تقريباً بفعل لمسهن مدى الفائدة العائدة على أطفالهن من خلال زيادة قدرتهم على أداء مهارات العناية بالذات باستقلالية وهو ما ساهم في تخفيف العبء الملقى على عاتق الأمهات، وذلك نتيجة تأثرهن بجلسات البرنامج لأنها جلسات قائمة على أسس تعديل وتشكيل السلوك مما يزيد من قوة تأثير البرنامج، فضلاً عن التزام الأمهات في المواظبة على حضور الجلسات في المواعيد المحددة التي تم الاتفاق عليها مع الباحث.

وتشير وفاء الشامي (٢٠٠٤، ص٢٢٤) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من صعوبات خاصة في تعميم المهارات التي تعلمونها، فقد يتعلمون مهارة معينة في المدرسة ويقومون باستخدامها بجدارة، إلا أنهم لا يستخدمونها في المنزل أو عند الأقارب أو في الأماكن العامة وبالتالي تنخفض فائدة تعلم المهارة إذا لم يتمكن الشخص من استخدامها إلا في وضع واحد ومع شخص واحد، ولذلك كان من الضروري أن يكون للأسرة دور نشط وفعال في مساعدة طفلها على تعميم المهارات التي يتعلمها واستخدامها في جميع الأوضاع ومع كل الناس، وذلك يعني أن للأسرة دور مساوي لدور المعلم.

ويرجع استمرار أثر برنامج التدخل المبكر أيضاً إلى حضور الأمهات لجميع جلسات البرنامج تقريباً بل وقيامهن بتصوير غالبية جلسات البرنامج بأنفسهن وهو ما يوضح مدى متابعتهن لتدريب أطفالهن خلال الجلسات، وكذلك استمرار الأم في تنفيذ المهارات التي تدرب عليها الطفل خلال المواقف الطبيعية في يومه العادي سواء مهارات تناول الطعام والشراب، أو مهارات النظافة الشخصية، أو مهارات المظهر العام، أو مهارات الأمن والسلامة. حيث حرص الباحث على إرشاد الأمهات إلى ضرورة استغلال مواقف الحياة اليومية في ممارسة التدريب لإتقان الطفل للمهارات من ناحية وتعميمه لها من ناحية أخرى.

ثانياً: توصيات الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة الحالية والعينة التي طبقت عليها، والنتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن التوصية بما يلي:

١- إجراء تشخيص مبكر للأطفال المتأخرين نمائياً وذلك بهدف تحديد فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى يتم تقديم برامج تدخل مبكر مناسبة لهم.

٢- إجراء مزيداً من البحوث والدراسات التي تستهدف تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام برامج وفنيات متنوعة.

٣- البدء بتدريب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على إتقان مهارات العناية بالذات في سن مبكرة وفقاً لقدراته لمساعدته على تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع أقرانه خلال مراحل الحياة المختلفة.

٤- من الضروري إشراك الأسرة في البرامج التربوية الموجهة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى يمكن لهذه البرامج أن تحقق فعاليتها في إكساب الأطفال مهارات العناية بالذات.

٥- من الضروري عقد دورات تدريبية لأسر ومعلمي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتدريبهم على كيفية تدريب الأطفال على مهارات العناية بالذات بطرق مناسبة إجتماعياً.
٦- العمل على دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدارس التعليم العام بمراحله المختلفة لما يتمتعون به من قدرات عقلية ومهارية تقترب أو تساوي أحياناً قدرات الأطفال العاديين.
٧- عقد ندوات وورش عمل لتبادل الخبرات بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حول تجاربهم العملية في التعامل مع مهارات العناية بالذات مع أطفالهم، وخبراتهم في حل المشكلات المرتبطة بها.
٨- وجود فريق عمل متكامل لتقييم وتدريب فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويشمل طبيب أطفال وطبيب نفسية وعصبية وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي تخاطب ومعلم تربية خاصة إلى جانب الأسرة.
٩- ضرورة التعاون التام بين الأسرة ومراكز التدريب المختلفة بهدف التنسيق المتبادل حول مواجهة المشكلات المرتبطة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سواء في المنزل أو المدرسة.
١٠- إنشاء مراكز متخصصة في علاج وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث تتوافر فيها جميع الخدمات التي يحتاجها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل (التخاطب- تعديل السلوك – تنمية المهارات وغيرها).

ثالثاً: الدراسات والبحوث المقترحة:

بناءاً على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة يقترح الباحث عدداً من البحوث التي يمكن إجراءها وهي كالتالي:

١- إجراء دراسات للكشف عن جوانب القصور في مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٢- دراسات عن تقبل الأسر والمجتمع لفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٣- دراسات للكشف عن أسباب اضطرب طيف التوحد وطرق التدخل المناسبة لعلاجها.
٤- فعالية برنامج تدريبي لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في كيفية إعدادهم لسوق العمل.
٥- فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية بعض مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٦- فعالية برنامج تيتش لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٧- فعالية برنامج إرشادي في تنمية مهارات تعامل الأمهات مع الأبناء المراهقين من ذوي اضطراب طيف التوحد.
٨- فعالية برنامج تدريبي باستخدام جداول النشاط في تحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٩- فعالية برنامج تربوي باستخدام القصص الاجتماعية في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
١٠- فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على سلوكهم الاجتماعي.

المراجع

قائمة المراجع

إبراهيم عبد الله فرج الزريقات.(٢٠٠٤). التوحد- الخصائص والعلاج. الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.

الاتحاد الإسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (GAT).(٢٠٠٥). الكتاب الأبيض للتدخل المبكر.(ترجمة تيسير بن عبود). جمعية حنان- تطوان. مدريد: الجمعية الملكية للإعاقة. بعناية: المركز الاسباني للتوثيق حول الإعاقة.

أحمد حسين عبد المعطي. (٢٠٠٨). المهارات الحياتية. القاهرة: دار السحاب.

أحمد عكاشة.(١٩٩٨). علم النفس الفسيولوجي. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

إلهامي عبد العزيز.(١٩٩٩). سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية. القاهرة: دار الكتب.

آمال عبد السميع باظه.(٢٠٠٣). تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

آمال محمود عبد المنعم.(٢٠٠٣). فعالية برنامج التدخل المبكر في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي النمائي لدى الأطفال المعوقين سمعياً.(رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الزقازيق. جمهورية مصر العربية.

أميرة عمر حسين شعبان.(٢٠٠٧). فاعلية برنامج لتنمية مهارات ارتداء الملابس لدى عينة من الأطفال الذاتويين باستخدام المعينات البصرية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس. جمهورية مصر العربية.

انشراح المشرفي.(٢٠٠٧). سلسة ذوى الاحتياجات الخاصة الطفل المعاق عقلياً "سلوكه – مخاوفه". الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

إيمان أبو عمارة .(٢٠٠٧). دليل التدريب المبدئي لأمهات أطفال التوحد في مجال العناية بالذات. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

إيمان فؤاد الكاشف.(٢٠٠٤). فعالية التدخل المبكر في تنمية بعض مظاهر نمو طفل مرحلة ما قبل المدرسة المعاق سمعياً. المؤتمر الثاني عشر "التعليم للجميع" التربية وأفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي". من ٢٨- ٢٩. كلية التربية. جامعة حلوان.

إيهاب الببلاوي.(٢٠٠٤). توعية المجتمع بالإعاقة (الأسباب،الفئات،الوقاية). الرياض: مكتبة الرشد.

بشير شريف يوسف.(٢٠٠٤). التوحد/علاج الذاتوية بين الأمل والعون. (ترجمة يعقوب البهبهاني): دار رؤى للنشر والتوزيع.

بلقيس اسماعيل داغستاني.(٢٠١١). استخدام جداول الأنشطة المصورة مدخلاً لإكساب بعض المهارات الحياتية لدى أطفال الروضة الذاتويين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات. العدد (٢٢). ٧٩- ١٢٠.

ثناء محمد أحمد المصري.(٢٠١١). فعالية برنامج علاجي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الزقازيق. جمهورية مصر العربية.

جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي.(١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي .الجزء السابع. القاهرة : دار النهضة المصرية.

جمال الخطيب ومنى الحديدي.(١٩٩٨). التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

جمال الخطيب ومنى الحديدي.(٢٠٠٤). التدخل المبكر . ط٢. عمان . الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

جمال تركي.(٢٠٠٤). المعاجم النفسية الحديثة. دراسة كمية مقارنة. المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية. المجلد (٢). العدد (٧). ١١٣-١٢٢.

جيهان حسين سليمان.(٢٠١١). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لخفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة قناة السويس. جمهورية مصر العربية.

جيهان مصطفى.(٢٠٠٨). التوحد. كتاب اليوم. السلسلة الطبية. دار أخبار اليوم. القاهرة. عدد رقم ٢٨٠.

حصة عبد الله عبد الكريم الدخيل.(٢٠٠٦). أثر استخدام تقنيات الوسائط المتعددة في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على تحسين النطق والكلام لديهم. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.

خوله يحيى.(٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية والانفعالية . عمان: الأردن . دار الفكر.

راضي الواقفي.(٢٠٠٤). أساسيات التربية الخاصة. القاهرة : جهينة للنشر والتوزيع.

رائد موسى على الشيخ ذيب.(٢٠٠٥). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة. عمان: الأردن.

ربيع شكري سلامة.(٢٠٠٥). التوحد – اللغز الذي حير العلماء والأطباء. القاهرة : دار النهار.

رشا جابر محمود عبد المعطي.(٢٠١١). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوحديين لمواجهة الأخطار والحوادث شائعة الحدوث. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الإسكندرية. جمهورية مصر العربية.

رشاد على عبد العزيز موسى.(٢٠٠٢). علم نفس الإعاقة. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

ريتا جوردن وستيوارت بيول.(٢٠٠٧). الأطفال التوحديين– جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس.(ترجمة رفعت محمود). القاهرة : عالم الكتب.

ريم معوض نشابه.(٢٠٠٤). الولد المتخلف تعريف شامل لذوى الحاجات الخاصة والأساليب. عمان: دار العلم للملايين.

زينب محمود شقير. (٢٠٠٢). سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين أسرتي– مدرستي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سايمون كوهين وباترك بولتن.(٢٠٠٠). حقائق عن التوحد. (ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان).الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

سعود عيسى ناصر الملق. (٢٠٠٢). متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايدا في العالم. الحقائق دليل للأسرة والمهنيين. الرياض: مطابع بورصة.

سماح قاسم سالم. (٢٠٠٦). فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان. جمهورية مصر العربية.

سهى أحمد أمين.(٢٠٠٨). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين وأثره في تنمية مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم. مجلة العلوم التربوية. معهد الدراسات التربوية. جامعة القاهرة. العدد (٤٣). ٢٢-٣٦.

سهى نصر.(٢٠٠١). مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس. جمهورية مصر العربية.

سور روفي.(٢٠٠٧). ذوي الاحتياجات الخاصة في المراحل الدراسية المبكرة.(ترجمة خالد العامري). القاهرة : دار الفاروق للنشر والتوزيع.

سوسن شاكر الجلبي.(٢٠٠٥). التوحد الطفولي "أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه". سوريا : مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع.

سيد الجارحي يوسف الجارحي. (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الاطفال التوحديين. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس. جمهورية مصر العربية.

شاكر عطية قنديل.(٢٠٠٠). إعاقة التوحد– طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوي " نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة ". ٤ – ٥ إبريل. كلية التربية. جامعة المنصورة.

شريف عادل جابر.(٢٠٠٩). فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات المرتبطة بإدراك الأطفال التوحديين لمخاطر الطريق. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة بني سويف. جمهورية مصر العربية.

عادل عبد الله محمد.(٢٠٠٢). الأطفال التوحديين. دراسات تشخيصية وبرامجيه. القاهرة : دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد.(٢٠٠٦). قصور المهارات قبل الأكاديمية لأطفال الروضة وصعوبات التعلم. القاهرة : دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد.(٢٠٠٨). العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين (أسس وتطبيقات). القاهرة : دار الرشاد.

عادل عز الدين الأشول.(١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

عبد الرحمن سيد سليمان.(٢٠٠٤). اضطراب التوحد . ط٣. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرحمن سيد سليمان، وسميرة محمد شندي، وإيمان فوزي سعيد (٢٠٠٣) : دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم.(١٩٩٨). الطفل التوحدي (الذاتي الاجتراري): القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولي السادس. مركز الإرشاد النفسي. ١٠- ١٢ نوفمبر . جامعة عين شمس.
عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار الدماطي.(١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
عبد العزيز السيد الشخص.(٢٠٠٣). التوحد الطفولي. القاهرة : دار القاهرة للكتاب.
عبد العزيز السيد الشخص.(٢٠١٠). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة. انجليزي- عربي. الطبعة الرابعة. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
عبد اللطيف حسين فرج.(٢٠٠١). قواعد السلامة في محتوى منهج الصفوف الثلاثة الأولى للمرحلة الابتدائية (بنين) بالمملكة العربية السعودية. مجلة اليمن في التربية وعلم النفس. كلية التربية. جامعة المنيا. العدد (٣). المجلد ١٤.
عبد الله بن محمد الصبي.(٢٠٠١). التوحد وطيف التوحد (أسبابه – أعراضه – كيفية التعامل معه). سلسلة التوعية الصحية (٣) . ط ١. الرياض . دار الزهراء.
عبد المطلب أمين القريطي.(٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. الطبعة الثالثة. القاهرة : دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.
عبد المنعم الحفني.(١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة : مكتبة مدبولي.
عثمان لبيب فراج.(١٩٩٤). إعاقة التوحد وخواصها وتشخيصها. النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. العدد (٤٠) . ١٥-٢٨.
عثمان لبيب فراج.(١٩٩٦). إعاقة التوحد، مشكلة التشخيص والكشف المبكر. النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. العدد (٤٥).٢٣-٤٤.
عثمان لبيب فراج.(٢٠٠٢). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي ". المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة.
عزه سعيد عرفة حسن.(٢٠٠٨). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مستوى بعض العمليات المعرفية لدى عينة من الأطفال التوحديين. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الإسكندرية. جمهورية مصر العربية.
عصام محمد زيدان.(٢٠٠٤). الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية. مجلة البحوث النفسية. العدد(١). ٢٥-٤٣.
علا عبد الباقي.(٢٠١١). اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الأطفال المصابين به. القاهرة: عالم الكتب.
عمر بن الخطاب خليل.(١٩٩٤). خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحيدية على استخبار ايزنك لشخصية الأطفال. مجلة معوقات الطفولة. المجلد الثالث. العدد (١) ٢٦-٤٠.
فاروق الروسان.(١٩٩٩). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان. الأردن : دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

فتحية اللولو، وجميل الطهراوي، وفاطمة صبح، وباسل الخضري.(٢٠١١). دليل المناهج التعليمية الخاصة بأطفال التوحد. جمعية الحق في الحياة. فلسطين. غزة.
فضيلة توفيق الراوي وآمال صالح حماد.(١٩٩٩).التوحد الإعاقة الغامضة. الدوحة. قطر: مؤسسة حسن على بن على.
كريستين مايلز.(١٩٩٤). التربية المختصة دليل لتعلم الأطفال المعوقين عقليا (ترجمة عفيف الرزاز، محمود المصري). الأردن – عمان: ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
كمال إبراهيم مرسي.(١٩٩٦). التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي منه. مجلة الإرشاد النفسي. العدد الرابع. جامعة عين شمس. القاهرة. العدد (٨). ٢١ –٥٠.
كمال سالم سيسالم.(٢٠٠٢). موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسي. العين: دار الكتاب الجامعي.
كمال عبد الحميد زيتون.(٢٠٠٣). التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: عالم الكتب.
كوثر حسين عسلية.(٢٠٠٦). التوحد. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
لمياء عبد الحميد بيومي.(٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة قناة السويس. جمهورية مصر العربية.
لورا شريبمان.(٢٠١٠). التوحد بين العلم والخيال. (ترجمة فاطمة عياد). سلسلة عالم المعرفة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت. عدد رقم ٣٧٦.
لويس كامل مليكه.(١٩٩٨). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. القاهرة : مكتبة النهضة العربية.
ماجد السيد عمارة.(٢٠٠٥). إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. القاهرة : مكتبة الزهراء.
محمد أحمد خطاب.(٢٠٠٥). سيكولوجية الطفل التوحدي. (تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي). عمان: دار الثقافة.
محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة على حسن.(٢٠٠٥). رعاية الأطفال التوحديين. دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة : دار السحاب للنشر والتوزيع.
محمد حسيب الدفراوي.(١٩٩٣). الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر. ورشة عمل عن الأوتيزم. ديسمبر. مركز سيتي ١٠٢ – ١٠٧.
محمد على كامل.(٢٠٠٥). الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.
مشيرة على الدين يوسف.(٢٠٠٩). فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الزقازيق. جمهورية مصر العربية.
مصطفى أبو المجد سليمان وخالد سعد سيد.(٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين بقنا. المؤتمر الرابع عشر. من ٢– ٤ ديسمبر. مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس.

مصطفى محمد أحمد جودت.(١٩٩٧). أثر استخدام برنامج علاجي مقترح في التربية الأمانية على تعديل استجابات تلاميذ الصف الثالث من التعليم الابتدائي بمدينة المنيا نحو بعض الأفعال السلوكية غير الآمنة لهم. مجلة البحوث في التربية وعلم النفس. العدد (٤). مجلد١٠ . كلية التربية. جامعة المنيا.

نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود.(٢٠٠٢). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس. جمهورية مصر العربية.

نادية محمد رشاد.(١٩٩٢) .التربية الصحية والأمان. الإسكندرية : منشأة المعارف.

نايف عابد الزارع.(٢٠٠٣). تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الصفاء.

نعمات عبد المجيد موسى.(٢٠١٣). برنامج تدخل مبكر قائم على التدخل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد. الملتقى الثالث عشر. الجمعية الخليجية للإعاقة. المنامة– البحرين. ٢– ٤ إبريل.

وفاء على الشامي.(٢٠٠٤). خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه. الكتاب الأول. الرياض : مكتبة العبيكان.

وفاء على الشامي.(٢٠٠٤). سمات وخصائص التوحد، تطورها وكيفيه التعامل معها. الكتاب الثاني. الرياض: مكتبة العبيكان.

وفاء على الشامي.(٢٠٠٤). علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية. الكتاب الثالث. الرياض: مكتبة العبيكان.

Alcantra, P. S. (1994). Effects of video tape instructional package on purchasing skills of children with autism. *Journal of Exceptional children*, 61, 455-462.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual

Belfiore, P., & Mace, C. (1994): Self- help and community skills, In: K Johnny. Matson (Ed) Autism in children and adults. Etiology, assessment, and intervention. Pacific Grove, California: publishing company.

Bellini, S., peters, T., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A Meta analysis of school-based social skills interventions for children with autism. *Remedial Spec Educe*, 28 153-182.

Boswell, S., Susan, G., & Debbie, F. (2003). Applying structured teaching principles to toilet training, U.S. North California. *Journal Announcement*: RIE, Oct.1999.

Brill, M. (1994). Keys to parenting the child with autism, New York: Baron's Educational Series, Inc

Carothers, D., & Taylor, R. (2004). How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism, Reviewed, *Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 102-104.

Caykyatar, A.K., Atalia, S.L., Ollard, L.M., & Elena, M.S. (2009) . Effectiveness of Parent and Therapist Collaboration Program (PTCP) For Teaching Self-Care and Domestic Skills to Individuals with Autism, *Education and Training in Developmental Disabilities*, 73, 381- 395.

Cohen, H., Amerine, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *J Dev Behave pediatric*, 27, 145- 155.

Diggle, t., & Mcconachie, H. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism: A systematic review.J. *Eval Clin pract*, 13, 120-129.

Drew, L. (2004): directed teaching drew laurence uses technology to engage students with severe behavioral and emotional problems. Utah: MacMillan Co.

Dunlap, C., & Fox, S. (1999).Teaching students with autism .New York: Kendal Hunt.

Eikeseth, M., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4 to 7 years old children with autism: A1-yaear comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26, 490-681.

Eikeseth, S. (2008). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Res Dev Disable.*

Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., & Cook, E.H. (1999).The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29,439-484.

Gerald, M.A., & Frida, p.L. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotion functioning of young children with autism spectrum. *Early Special Education*, 23, 200-255.

Gillberg, C., Coleman, M. (2000) .The biology of the autistic syndromes. Cambridge University Press.

Green, G.S., Brennan, L.C., & Fein, D.M. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification*, 26, 69-102.

Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (1992). Family diversity: Implications for policy and practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12, 283-306.

Harris, S. L., & Weiss, M.J. (2007). Right from the start. Behavior intervention for young children with autism. Bethesda, MD, US: Woodbine House.

Himle, M.B., Miltenberger, R.G., Flessner, C.L., & Gatheridye, B.S. (2004). Teaching safety skills to children to prevent gun play. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 17-22.

Ho, A.M. (2008). The effect of classroom-based DIR treatment on young children with autism: IEP goals, parents and educational professionals. Sense of coherence PHD. Alliant International University.

Horner, H.R., & Schindler, R.H. (2005). Generalized reeducation of problem behavior of young children with autism: Building Trans situational interventions. *American Journal of Mental retardation*, 110, 36- 47.

Howard, J.S., Sparkman, C.R., Cohen, H., Green, G. L & Stanislaw, H.M. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disability*, 26, 359-383.

Inoue, M., Lizuka, A., & Kobayahi, S. (1994). Training persons with developmental disabilities in cooking skills: The effects of training program using cooking cards and an instructional video. Japanese. *Journal of Special Education*, 32, 1-12.

James, A. G., Tekin-Iftar, E.M., & Kircaali-Iftar, G.D. (2009). Effects of antecedent prompt and test procedure on teaching simulated menstrual care skills to females with Developmental Disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 54-66.

Johnson, J.L. (1992). The use of management procedures for maintaining responsiveness of autistic individual. *Dissertation Abstracts International*, 53, 463- 468.

Jung, S.M. (2003) .Using high- probability request sequences to increase social interaction in young children with autism. *Dissertation Abstracts International*, 65, 406- 4015.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact, *The Nervous Child*, 34 50- 217.

Kyhl, L.A. (2008). A descriptive study of a home-based errorless learning protocol in teaching academic and daily living skills to a child with autism spectrum disorder. *Dissertating Abstracts International*, 68, 3280.

Lattimore, L.P., Parsons, M.B., & Reid, D.H. (2006). Enhancing job-site Training of supported workers with autism: Are emphasis on simulation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 91-10.

Liber, D.B., Frea, W.D., & Symon, J.B. (2008). Using time- delay to improve social play skills with peers for children with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*, 38, 312- 323.

Lockshin, S.M., Gillis, T.M., & Romanaczyk, R.G. (2005). Helping your child with autism: A step – by – step workbook for families. Oakland, CA, US: *New Harbinger Publications*, 45, 227-231.

Macarthur, J. , Ballard, K., & Artesian, M. (1986) .Teaching independent eating to developmentally handicapped child showing chronic food refuse all and disruption at mealtimes . Austral ice and New – Zealand; *Journal of Developmentally Disabilities*, 12, 203 – 210.

Mangal, S. (2007). Educating Exceptional Children: An introduction to special Education, New Delhi: Prentice Hall of India private Limited.

Marie, A.W, Schuster, J.W., & Nelson, C. M. (2008).The acquisition of independent dressing skills by students with multiple disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, l 5, 33-252.

MC- Cannahan, L.E. (2002). Entrance to child's world: A plays therapy. Pretoria: Kagist. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 469-44.

Michigan Department of Community Health. (2006). Promising Practices in Wraparound for Children with serious emotional disturbances and their families. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 85-100.

Myers, S.M., & Johnson, C.P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics, *Council on Children Disabilities*, 120, 1162-1182.

Nanclares, V. (2004). Program evaluation: An analysis of the puentes intensive home based autism. *Dissertation Abstracts International*, 65, 31-37.

Naoi, N., Yokoyama, Y., & Yamamoto, J.I. (2007). Intervention for tact as reporting in children with disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 174 -184.

Of Mental Disorders. (5th Ed). DSM-5. Washington, DC: Author.

Pettus, A. (2008). A spectrum of disorders. Harv Mag, 110, 27-31.

Richard, p., & Matthew, D.(2002). Early intensive behavioral intervention for children with Autism: parental the Paretic self- Efficacy. *Research in Development Disabilities*,23, 332-341.

Rinland, R.(1988).Autism, inflammatory bowel disease, and MMR vaccine. Lancet. *Journal of Developmental Disorder*, 351, 905-906.

Snider, A.J. (2002). Abio psychosocial treatment model for older autistic children and their families. *Dissertation Abstracts international*, 63, 83-88.

Stahmer, A.C., Collings, N.M, & palinkas, L.A (2005). Early Intervention practices for children with autism: Descriptions from community provides. *Focus Autism Other Dev Disable*, 20, 66-79.

Taylor, G. (1990). Adolescence and early adult. Bocaraton, Fl: Chapman and Hall.

Trevarthen, C., & Aitken, K. (1998). Child with autism, diagnosis and interventions to meet their needs. London and Bristol:Pennsylvania, Jessica Kingsley publishers.

Ulianoya, R. (1989). Development of self-service skills in children with early child autism. Defelctologiya Russia, *Journal, Peer, Reviewed,* Status, 3, 68-71.

Wolery, MM., Borton, E.E., & Hine, J.F. (2005). Analysis in the treatment of individuals with autism .*Exceptionality Evaluation of Applied Behavior*, 13, 11-23.

Woof, S. (2005). George and Sam. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 13, 201- 208.

World Health organization. (1993). ICD –10 international statistical classifications of diseases and related health problems. 10th review. Geneva: Division of Mental Health Publications.

الملاحـق

ملحق ١ : استمارة دراسة حالة.

ملحق ٢ : استمارة المعززات المستخدمة في الدراسة.

ملحق ٣ : خطاب تحكيم مقياس الدراسة.

ملحق ٤ : قائمة بأسماء السادة المحكمين لمقياس الدراسة.

ملحق ٥ : مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

ملحق ٦ : خطاب تحكيم برنامج الدراسة.

ملحق ٧ : قائمة بأسماء السادة المحكمين لبرنامج الدراسة.

ملحق ٨ : جلسات برنامج التدخل المبكر.

ملحق ٩ : موافقة الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

ملحق (١)
استمارة دراسة حالة.

الحالات / البيانات الأولية	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	الحالةالخامسة	الحالة السادسة
الاسم.	م.س	ع.أ	م.ع	ع.هـ	ع.م	أ.أ
تاريخ الميلاد.	٢٠٠٧\١١\٠١	٢٠٠٨\٣\١٨	٢٠٠٨\٩\١١	٢٠٠٩\٥\١١	٢٠٠٨\٥\١٢	٢٠٠٨\١١\٠١
العمر الزمني.	٦	٥.٧	٥.١	٤.٥	٥.٥	٥
النوع.	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	ذكر
عمر تشخيص الطفل.	ثلاث سنوات	ثلاث سنوات	أربع سنوات	سنتان ونصف	أربع سنوات	ثلاث سنوات
معامل الذكاء.	٥٨	٦٥	٦٤	٦٥	٦٨	٧٠
درجة التوحدية.	٨٣	٨٥	٨٢	٨٠	٨٠	٨٠
درجة تقدير مهارات العناية بالذات.	٢٢	٢٧	٢٥	٢٣	٢٦	٢٨
الحالة الاقتصادية للأسرة.	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	مرتفع
الحالة الاجتماعية للأسرة.	الأب يعمل في القطاع الخاص والأم معلمة	الأب معلماً والأم ربة منزل	الأب موظف والأم ربة منزل	الأب معلم والأم ممرضة	الأب محامي والأم ممرضة	الأب طبيب والأم موظفة
وجود حالات إعاقة في الأسرة.	توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد
صلة مقدم البيانات بالطفل.	الأم	الأم	المعلمة	الأم	الأم	الأم
ترتيب الطفل بين أخوته.	الأول	الثالث والأخير	الأول	الثالث	الوحيد	الثاني
صلة القرابة بين الوالدين.	لا توجد	لا توجد	توجد صلة قرابة	لا توجد	لا توجد	لا توجد
ظروف الحمل والولادة.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. الولادة طبيعية.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. الولادة طبيعية.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. صرخ الطفل بعد الولادة وصمت لمدة أسبوع.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. الولادة طبيعية.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. الولادة طبيعية.	لم تحدث مشاكل خلال الحمل. الولادة طبيعية.
الأدوية التي يأخذها الطفل حالياً.	Risperdal 1mg/ml Omega-3 &6 150 ml Detoxydine 0.2 mg	Risperdal 1mg/ml Aripiprex 1mg	Risperdal 1mg/ml High Seas Cod Liver Oil- 12o m	Cerebrolysin 1ml Memexa 10mg/ml	لا يتناول أدوية حالياً.	Risperdal 1mg/ml

ملحق (٢)

استمارة المعززات المستخدمة في الدراسة.

- اسم الطفل : ....

- الســـن : ....

- نـوع الطفل: ☐ ذكر ☐ أنثى

- صلة مقدم البيانات بالطفل: ☐ الأم ☐ المعلمة

- ضع علامة صح أمام الأشياء التي يحبها الطفل بشدة من القائمة الآتية ؟

م	معززات أولية		م	معززات اجتماعية		م	معززات مادية		م	معززات في صورة أنشطة	
١	أيس كريم		١	المـــدح		١	الرسم		١	اللعب الحر	
٢	شوكولاته		٢	المداعـبة		٢	التلوين		٢	اللعب بالبالونات	
٣	بسكويت		٣	السلام باليد		٣	العرائس		٣	اللعب بالمكعبات	
٤	شيبسي		٤	التصفيق للطفل		٤	التليفزيون		٤	اللعب على الكمبيوتر	
٥	سوداني		٥	الربت على الكتف		٥	المجـلات		٥	الخروج للتمشية	
٦	نعنـاع					٦	الصـور				
٧	بنبوني										
٨	عصيـر										

- معززات أخرى:

....

....

....

- ملاحظة:

يرجى تحديد نوع المعزز بدقة **مثل**:

- عصيـر: النوع: (تفـاح/ **برتقل** / كوكتيل).
- أيس كريم: النوع: (**بالشكولاتة** / بالفواكه).

ملحـق (٣)

جامعة قناة السويس.

كلية التربية بالإسماعيلية.

قسم التربية الخاصة.

خطاب تحكيم مقياس الدراسة.

الأستاذ الدكتور الفاضل/ ....

تحية طيبة وبعد ....

أقوم بإعداد رسالة ماجستير بعنوان ((فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين)).

تحت إشراف:-

أ. **د/ محمد محمد شوكت.** أستاذ التربية الخاصة بكلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.

أ. د/ عبد الناصر السيد عامر. **أستاذ علم النفس التربوي** بكلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.

وتتطلب الدراسة تصميم مقياس لمهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. والمقياس يتكون من (٤) **أبعاد،** ويندرج تحت كل بعد (٥) **بنود.**

والمطلوب من سيادتكم مشكوراً إبداء الرأي في مدى مطابقة المفردة للبعد، ومدى وضوح صياغة المفردات. علماً بأن الاستجابات على بنود المقياس سوف تكون **كالاتي:**

يستطيع بمفرده **يستطيع بمساعدة** **لا يستطيع**

ولكم جزيل الشكر وعظيم الاحترام

الباحث

ملحق (٤)

أسماء السادة المحكمين لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

م	اسم المحكم	الدرجة العلمية
١-	د / أسامة محمود يوسف.	مدرس النفسية والعصبية - بكلية الطب - جامعة الزقازيق.
٢-	أ.د/ إسماعيل إبراهيم بدر.	أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية - جامعة بنها.
٣-	أ.د/ إيمان فؤاد الكاشف.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٤-	أم. د/ سُليمان عبد الواحد.	أستاذ علم النفس التربوي المساعد - بكلية التربية - جامعة جازان.
٥-	أ.د/ عادل عبد محمد.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٦-	أ.د/ فوقية حسن رضوان.	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٧-	أ.د/ محمد أحمدسعفان.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٨-	أ.د/ محمد أحمد غنيم.	أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي - بكلية التربية - جامعة بنها.
٩-	أ.د/ منال عبد الخالق جاب .	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة بنها.
١٠-	د/ هند يحيي كامل.	مدرس الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة بنها.

ملحوظة : الأسماء مرتبة ترتيباً هجائياً.

ملحـق (٥)

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

التعليمات

- هذه المقياس موجه إلى (الأب – الأم – المعلمة).
- هذا المقياس يستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ولن يستخدم في غير ذلك.
- يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات وأمام كل عبارة (٣) اختيارات وهي:

يستطيع بمفرده / يستطيع بمساعده / لا يستطيع

- نرجو من سيادتكم الإجابة بوضع علامة (√) أمام كل عبارة حسب درجة انطباقها على الطفل.
- لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وإنما هي سلوكيات تتوافر في الطفل أو لا.
- نرجو عدم ترك أي عبارة بدون إجابة.
- نرجو اختيار إجابة واحدة لكل عبارة.
- المقياس غير موقوت بزمن معين.

وشكراً لحسن تعاونكم

الباحث

مثال: يتناول الطفل الطعام باستخدام ملعقة.

يستطيع بمفرده	يستطيع بمساعدة	لا يستطيع

ضع علامة (√) في المربع الذي يحدد انطباق العبارة على الطفل.

أسم الطفل: ....

تاريخ الميلاد: ....

السـن: ....

م	العـبـــارات	يستطيع بمفرده	يستطيع بمساعدة	لا يستطيع
١	يتناول الطفل الطعام باستخدام ملعقة.			
٢	يغسل الطفل يديه قبل الأكل وبعده.			
٣	يرتدي الطفل القميص باستقلالية.			
٤	يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل دون غيرها.			
٥	يتناول الطفل الأطعمة الجافة باستخدام أصابعه.			
٦	يغسل الطفل وجهه بالماء والصابون.			
٧	يرتدي الطفل البنطلون باستقلالية.			
٨	يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل مثل الأبواب.			
٩	يشرب الطفل الماء في كوب باستقلالية.			
١٠	يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون.			
١١	يرتدي الطفل الشراب باستقلالية			
١٢	يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور.			
١٣	يستطيع الطفل أن يعمل ساندويتش لنفسه.			
١٤	يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة.			
١٥	يرتدي الطفل الحذاء باستقلالية.			
١٦	يتعرف الطفل على إشارات المرور.			
١٧	يساعد الطفل في تنظيف مائدة الطعام.			
١٨	يستطيع الطفل الاستحمام بشكل مناسب.			
١٩	يخلع الطفل بعض ملابسه باستقلالية.			
٢٠	يستطيع الطفل عبور الطريق بسلام.			

ملحق (٦)

جامعة قناة السويس.

كلية التربية بالإسماعيلية.

قسم التربية الخاصة.

خطاب تحكيم برنامج الدراسة.

الأستاذ الدكتور الفاضل/ ....

تحية طيبة وبعد ....

أقوم بإعداد رسالة ماجستير بعنوان (فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين).

تحت إشراف:-

أ. د/ محمد محمد شوكت. أستاذ التربية الخاصة

بكلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.

أ. د/ عبد الناصر السيد عامر. أستاذ علم النفس التربوي

بكلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.

وتتطلب الدراسة تصميم برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

برجاء إبداء الرأي في البرنامج، ومدى ملاءمته لتحقيق هدف الدراسة.

ولكم جزيل الشكر وعظيم الاحترام

مقدمه لسيادتكم

الباحث

ملحق (٧)

أسماء السادة المحكمين لبرنامج الدراسة.

م	اسم المحكم	الدرجة العلمية
١-	د / أسامة محمود يوسف.	مدرس النفسية والعصبية - بكلية الطب - جامعة الزقازيق.
١-	أ.د/ إسماعيل إبراهيم بدر.	أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية - جامعة بنها.
٢-	أ.د/ أشرف محمد عبد القادر.	أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية - جامعة بنها.
٣-	أ.د/ إيمان فؤاد الكاشف.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٤-	أ.د/ محمد أحمدسعفان.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٥-	د/ محمد مراد إبراهيم.	مدرس الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٦-	د/ مصطفى علي مظلوم.	أستاذ الصحة النفسية المساعد - بكلية التربية - جامعة بنها.
٧-	أ.د/ منال عبد الخالق جلب .	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة بنها.
٨-	أم. د/ نجوى شعبان محمد.	أستاذ الصحة النفسية المساعد - بكلية التربية - جامعة الزقازيق.
٩-	أ.د/ هشام عبد الرحمن الخولي.	أستاذ الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة بنها.
١٠-	د/ هند يحيي كامل.	مدرس الصحة النفسية - بكلية التربية - جامعة بنها.

ملحوظة : الأسماء مرتبة ترتيباً هجائياً.

برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

إعداد/ وليد جمعه عثمان حسن

جدول (٩) محتوى البرنامج وموضوع الجلسات والفنيات والأدوات المستخدمة.

عدد الجلسات	موضوع الجلسات	أهداف الجلسات	محتوى الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة	نظام الجلسات	زمن الجلسة
الأولى	تطبيق أدوات الدراسة	التطبيق القبلي لأدوات الدراسة	تطبيق استمارات الدراسة المختلفة.	المحاضرة المناقشة	استمارات الدراسة	جماعية	٦٠ دقيقة
من ٢- ٣	تعارف وتمهيد	التعارف بين الباحث والأمهات	التعارف بين الباحث والأمهات وشرح أهداف البرنامج ودور الأسرة في تطبيقه (جلستان).	المحاضرة المناقشة	-	جماعية	٦٠ دقيقة
من ٤- ٥	تعارف وتمهيد	التعارف بين الباحث والأطفال	تكوين الألفة بين الباحث والأطفال التوحديين (جلستان).	التعزيز الإيجابي	الأطعمة والألعاب	فردية	٣٠ دقيقة
من ٦- ١٦	مهارات تناول الطعام والشراب	أن يتقن الطفل مهارات تناول الطعام والشراب	- أن يتناول الطفل الطعام باستقلالية (جلستان). - أن يتناول الطفل المشروبات باستقلالية (جلستان). - أن يعد الطفل ساندويتش لنفسه (جلستان). - أن يساعد الطفل في تنظيف المائدة (جلستان). - إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان). - جلسة إرشاد أسري للأم.	النمذجة التشكيل التوجيه التكرار	ملعقة سكينة طعام شرائح كيك عصير أطباق بلاستك	فردية	٣٠ دقيقة
من ١٧- ٢٧	مهارات النظافة الشخصية	أن يتقن الطفل مهارات النظافة الشخصية	- أن يغسل الطفل يديه بالماء والصابون (جلستان). - أن يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون (جلستان). - أن يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة (جلستان). - أن يستطيع الطفل الاستحمام (جلستان). - إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان). - جلسة إرشاد أسري للأم.	النمذجة التشكيل التوجيه التكرار	مناديل ورقية صابون فرشاة أسنان معجون أسنان فوط	فردية	٣٠ دقيقة
من ٢٨- ٣٨	مهارات المظهر العام	أن يتمكن الطفل من ارتداء وخلع ملابسه	- أن يرتدي الطفل القميص باستقلالية (جلسة واحدة). - أن يرتدي الطفل البنطلون باستقلالية (جلسة واحدة). - أن يرتدي الطفل الشراب باستقلالية (جلسة واحدة). - أن يرتدي الطفل الحذاء باستقلالية (جلسة واحدة). - أن يخلع الطفل بعض ملابسه باستقلالية (أربع جلسات) - جلسة إرشاد أسري للأم.	النمذجة التشكيل التوجيه التكرار	بنطلون قميص شراب حذاء	فردية	٣٠ دقيقة
من ٣٩- ٤٩	مهارات الأمن والسلامة	أن يتمكن الطفل من تجنب بعض مصادر الخطر	- أن يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل دون غيرها. (جلستان). - أن يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل مثل الأبواب. (جلستان). - أن يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور (جلستان). - أن يعبر الطفل الطريق بسلام (جلستان). - إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان). - جلسة إرشاد أسري للأم.	النمذجة التشكيل التوجيه التكرار الفيديو	فاكهة بلاستك نموذج لإشارات المرور أفلام فيديو	فردية	٣٠ دقيقة
الخمسون	تطبيق أدوات الدراسة	التطبيق البعدي لأدوات الدراسة	تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.	المحاضرة المناقشة	استمارات الدراسة	جماعية	٦٠ دقيقة

ملحق (٨)

جلسات برنامج التدخل المبكر.

الجلسة الأولى

موضوع الجلسة: التطبيق القبلي لأدوات الدراسة.

هدف الجلسة: – تطبيق استمارة دراسة الحالة.

– تطبيق استمارة المعززات المستخدمة في الدراسة.

– تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة – المناقشة.

زمـن الجلسة: (٦٠) دقيقة.

نظام الجلسة: جماعية.

الإجـراءات:

١- قام الباحث باستقبال الأمهات جماعياً في مقر الأكاديمية مع الترحيب بهن، وتوضيح هدف الجلسة والذي يتمثل في تطبيق أدوات الدراسة المختلفة قبل البدء في تطبيق جلسات برنامج التدخل المبكر.

٢- قام الباحث بتطبيق استمارة دراسة الحالة (لجمع المعلومات اللازمة عن الطفل)، وكذلك تطبيق استمارة المعززات المستخدمة في الدراسة (لاستخدامها اثناء تطبيق جلسات البرنامج).

٣- وقام الباحث بتوزيع استمارات مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة؛ وذلك بهدف تقييم مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة قبل البدء في تطبيق جلسات البرنامج.

٤- وطلب الباحث من الأمهات إعطاء الاستجابات المناسبة على فقرات المقياس (من وجهه نظر الأم) على مدى قدرة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على ممارسة مهارات العناية بالذات.

٥- كما قام الباحث بالإجابة عن استفسارات الأمهات في توضيح بعض الفقرات دون تقديم أي توجيه لأي أم لوضع استجابة ما في أي فقرة من الفقرات الخاصة بمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٦- ثم قام الباحث بجمع الاستمارات بعد انتهاء التطبيق على الأمهات، وكذلك شكر الأمهات على الاهتمام.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق سؤال الباحث للأمهات عن بعض الأسئلة الواردة في أدوات الدراسة؛ للتأكد من دقه المعلومات المذكورة بها.

الجلسة الثانية

موضوع الجلسة: تعارف وتمهيد للبرنامج.

هدف الجلسة: التعارف بين الباحث والأمهات.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة – المناقشة.

زمن الجلسة: (٦٠) دقيقة.

نظام الجلسة: جماعية.

الإجـراءات:

١- قام الباحث باستقبال الأمهات جماعياً في مقر الأكاديمية مع الترحيب بهن، وتقديم نفسه, والتعريف ببرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات، وكذلك الاتفاق على مواعيد الجلسات التي تتناسب مع ظروف الأمهات.

٢- كما قام الباحث بشرح أهدف البرنامج للأمهات، والمحاور الرئيسية له، والفوائد المترتبة على مشاركة أطفالهن في البرنامج، وتوضيح مراحل تطبيق البرنامج، ودور الأسرة في تدريب الطفل ذي اضطراب طيف على آداء هذه المهارات في المنزل.

٣- كما أوضح الباحث للأمهات مدى تأثير الأسرة على نمو الطفل وبصفة خاصة الأم، وضرورة تنمية مهارات العناية بالذات لدى الطفل, وهو ما سيترتب عليه زيادة مهارات الطفل الاستقلالية بما يؤدي إلى تعزيز قدرة الطفل على الالتحاق بالمدرسة وزيادة مهاراته الاستقلالية.

٤- وقام الباحث في نهاية الجلسة بفتح باب المناقشة للأمهات للاستفسار عن أي شيء خاص بالبرنامج ومراحل تطبيقه، وقد استفسرت بعض الأمهات عن الأدوات المستخدمة في تدريب الطفل، وكيفية ضبط الحمام في المنزل، وقد أجاب الباحث على هذه التساؤلات في ضوء خبراته العملية في تنمية مهارات الطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

٥- أوضح الباحث للأمهات أنه سوف يتم تصور جلسات البرنامج بواسطة الأم نفسها وذلك لسببين:

الأول: التأكد من إطلاع الأم الدقيق على تفاصيل التدريب في البرنامج.

الثاني: الحفاظ على خصوصية الأطفال عينة الدراسة الذين سوف يطبق عليهم البرنامج.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طرح الباحث لبعض الأسئلة على أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الجلسة الثالثة

موضوع الجلسة: ماهية اضطراب طيف التوحد.

هدف الجلسة: شرح ماهية اضطراب طيف التوحد للأمهات.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة – المناقشة.

زمن الجلسة: (٦٠) دقيقة.

نظام الجلسة: جماعية.

الإجـــراءات:

١- بدأ الباحث الجلسة بالترحيب بالأمهات، وأوضح الباحث هدف الجلسة، وهو تناول اضطراب طيف التوحد من خلال مجموعة من المحاور التي تكشف عن ماهيته من النواحي المختلفة كما يلي:

٢- فيما يتعلق بمفهوم اضطراب طيف التوحد أوضح الباحث للأمهات أن اضطراب طيف التوحد عبارة عن اضطراب نمائي عام يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وذلك من خلال ظهور قصور واضح في أشكال التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرة على الخيال والتقليد.

٣- وفيما يتعلق بأسباب اضطراب طيف التوحد أوضح الباحث للأمهات أن أسباب اضطراب طيف التوحد غير محددة وغير متفق عليها بين العماء والمتخصصين حتى الآن, ولذلك يطلق عليه اضطراب وليس مرض حيث يرى البعض أن السبب وراثي جيني والبعض الأخر يرى السبب بيئي في حيث يذهب أخرون إلى أن السبب نفسي، ولازالت الأبحاث مستمرة لمعرفة أسبابة حتى الأن.

٤- وفيما يتعلق بأعراض اضطراب طيف التوحد أوضح الباحث للأمهات أنه يظهر في شكل مجموعة من الأعراض وأن ظهور كل الأعراض على الطفل يطلق عليه (توحد كلاسيكي) إلا أنه غالباً ما تظهر بعض الأعراض فقط وهو ما يطلق عليه (التوحد الخفيف أو البسيط). ومن هذه الأعراض التي تختلف من طفل إلى أخر، أنه لا يهتم بمن حوله، ولا يشارك الأطفال اهتماماتهم مثل اللعب المشترك، ويقاوم الاحتضان، وانطوائي، ويقاوم التغيير، ولديه قصور في التواصل البصري، ووجود بعض الأنماط الحركية الشاذة مثل الرفرفة وثني وهز الجزع والنقر بالأصابع أمام العين وغيرها.

٥- وفيما يتعلق بعلاج اضطراب طيف التوحد أوضح الباحث للأمهات أن العلاجات المتوفرة تعمل على خفض الأعراض وتحسين قدرة الطفل على التواصل والحد من السلوكيات غير المرغوبة وليس الشفاء التام حيث أن السبب نفسه غير معروف حتى الأن.

٦- وفيما يتعلق بالعلاج أوضح الباحث أنه يقدم من خلال فريق متكامل يضم مجموعة من الأفراد في تخصصات مختلفة يساهموا جميعاً في إعداد خطة علاجية شاملة تشمل تناول أدوية، وتنمية مهارات مختلفة منها مهارات العناية بالذات، وتطوير التواصل اللفظي واللفظي لدى الطفل، وذلك تبعاً لتشخيص كل طفل ووفقاً للتقييمات التي خضع لها.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طرح الباحث لبعض الأسئلة ـ حول ماهية اضطراب طيف التوحد ـ على أمهات الأطفال عينة الدراسة.

الجلسة الرابعة

موضوع الجلسة: تعارف وتمهيد.

هدف الجلسة: تكوين الألفة بين الباحث والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الأدوات المستخدمة: أطعمة مفضله مثل (كيك – بسكويت – عصير)،

وألعاب محببة مثل (بازل – دمي – بالونات).

الفنيات المستخدمة: التعزيز الإيجابي.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجــراءات:

١- تعتبر الجلسات الأولى ذات أهمية كبيرة حيث أن الانطباعات الأولى التي تتكون لدى الطفل لها تأثير كبير في نجاح التدريب وإقبال الطفل عليه؛ لذلك خصص الباحث الجلسة للتعارف وإشاعة روح الألفة بينه وبين الطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

٢-طلب الباحث من الأم حضور الجلسة الأولى حتى يشعر الطفل بالأمان في وجود أمه ؛ وذلك نظراً لطبيعة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حيث يتصفوا بالقلق تجاه الأشخاص الجدد لوجود قصور في التفاعل الاجتماعي لديهم.

٣- قام الباحث بلقاء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل فردي لأول مرة متبعاً في ذلك الخطوات التالية:

- النزول بالجسم لمستوى نظر الطفل.
- النظر في عيني الطفل حتى ينزل الطفل عينيه أولاً.
- مدح شيء مميز في الطفل مثل شعره أو ملابسه.

٤- وقام الباحث بممارسة بعض الألعاب المشتركة مع الطفل مثل: تركيب المكعبات، وتكوين البازل، واللعب بالبالونات ولعبة صيد السمك وغيرها.

٥- كما قام الباحث بتقديم بعض المعززات المادية لكل طفل وفقاً للمعزز المفضل بالنسبة له مثل: البسكويت والشيبسي والعصير وغيره.

٦- وقام الباحث بوداع الطفل مع مدحه وعمل باي باي له من خلال قيام الأم بالإمساك بيد الطفل والرد بها على تحية الباحث.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ممارسة بعض الألعاب المشتركة معه في وجود الأم.

الجلسة الخامسة

موضوع الجلسة: تعارف وتمهيد.

هدف الجلسة: تكوين الألفة بين الباحث والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الأدوات المستخدمة: أطعمة مفضله مثل (كيك- بسكويت- عصير)،

وألعب محببة مثل (بازل- دمي- بالونات)،

وأناشيد محببة للأطفال.

الفنيات المستخدمة: التعزيز الإيجابي.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـــراءات:

١- طلب الباحث من الأمهات عدم حضور الجلسة الثانية، وذلك حتى يعتاد الطفل على الباحث بمفرده أثناء التدريب على مهارات العناية بالذات التي يشملها برنامج التدخل المبكر.

٢- قام الباحث باستقبال كل طفل بمفرده بالطريقة السابق ذكرها في الجلسة السابقة، ولاحظ وجود إقبال من معظم الأطفال عليه عكس الجلسة السابقة.

٣- قام الباحث بممارسة بعض الألعاب المشتركة مع الطفل مثل: تركيب المكعبات، وتكوين البازل، واللعب بالبالونات.

٤- قام الباحث بتشغيل بعض الأناشيد والموسيقى المحببة للطفل والاستمتاع بها معه في جو من البهجة والمرح.

٥- أحد الأطفال لم يستجب للباحث بسبب عدم وجود الأم وانفجر بالبكاء والصراخ، ولذلك طلب الباحث من الأم إحضار الطفل جلسه أخرى حتى يعتاد الطفل على الباحث مثل باقي الأطفال الأخرين وهو ما حدث بالفعل.

٦- قام الباحث بوداع كل طفل باحتضانه، ولاحظ وجود إقبال من معظم الأطفال عليه مما يعد مؤشراً على تقبلهم للباحث؛ نظراً لوجود علاقة سابقة بين الباحث والأطفال أثناء عمله في الأكاديمية.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ممارسة بعض الأنشطة والألعاب المشتركة معه.

الجلسة السادسة والسابعة

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: أن يساعد الطفل في تنظيف المائدة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: مائدة للطعام – قطعة من القماش – مناديل – سلة مهملات.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يساعد الطفل في تنظيف المائدة (جلستان لكل طفل).

قام الباحث بتدريب الطفل على آداء هذه المهارة كما يلي:

- يمسك الطفل منديل.
- يضع الطفل المنديل على جانب المائدة.
- يزيل الطفل بقايا الطعام من فوق المائدة.
- يضع الطفل بقايا الطعام في كيس صغير.
- يضع الطفل الكيس في سلة المهملات.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية باستخدام قطعة من القماش.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل تنظيف مائدة عليها بقايا أطعمة.

الجلسة الثامنة والتاسعة

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: أن يتناول الطفل الطعام باستقلالية (جلستان).

الأدوات المستخدمة: أطعمة مفضلة – أدوات مائدة – أطباق – مائدة للطعام.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يتناول الطفل الطعام باستقلالية (جلستان لكل طفل).

قام الباحث بتدريب الطفل على آداء هذه المهارة كما يلي:

- يمسك الطفل بالملعقة.
- يحرك الطفل الملعقة نحو الطعام في الطبق.
- يغرف الطفل الطعام بالملعقة.
- يرفع الطفل الملعقة نحو فمه.
- يأخذ الطفل الطعام من الملعقة بالفم.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل تناول بعض الأطعمة بمفرده.

الجلسة العاشرة والحادية عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: أن يتناول الطفل المشروبات باستقلالية (جلستان).

الأدوات المستخدمة: زجاجة ماء – عصير – كوب.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يتناول الطفل المشروبات باستقلالية (جلستان لكل طفل).

قام الباحث بتدريب الطفل على آداء هذه المهارة كما يلي:

- يضع الباحث زجاجة الماء على المائدة وبجانبها كوب.
- يفتح الطفل الزجاجة في اتجاه الفتح.
- يمسك الطفل بالكوب من فوق المائدة.
- يصب الطفل الماء من الزجاجة إلى الكوب.
- يضع الطفل الزجاجة على المائدة مرة أخرى.
- يرفع الطفل الكوب على فمه ليشرب.
- يضع الطفل الكوب على المائدة بجانب الزجاجة.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية باستخدام العصير.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل تناول بعض المشروبات بمفرده.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: أن يعد الطفل ساندويتش لنفسه (جلستان).

الأدوات المستخدمة: علبة جبن – طبق – خبز – ملعقة.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يعد الطفل ساندويتش لنفسه (جلستان لكل طفل).

قام الباحث بتدريب الطفل على آداء هذه المهارة كما يلي:

- يحضر الباحث الأدوات اللازمة لعمل ساندويتش جبن.
- يضع الطفل الخبز فوق طبق فارغ.
- يفتح الطفل علبة الجبن.
- يمسك الطفل الملعقة.
- يأخذ الطفل القليل من الجبن بالملعقة.
- يفرش الطفل الجبن بالملعقة على الخبز.
- يأكل الطفل الساندويتش.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل إعداد ساندويتش بمفرده.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: أطعمة مفضلة للطفل – أدوات مائدة – أطباق – أكواب – مائدة للطعام.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

– قام الباحث بتخصيص جلستان لإعادة تدريب الطفل على المهارات السابقة والتي سبق التدريب عليها خلال الجلسات السابقة؛ وذلك لتثبيت المهارات التي سبق أن تدرب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على أدائها، وكذلك حتي يطمئن الباحث إلى بقاء أثر التدريب لدى الطفل.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل آداء المهارات التي سبق التدريب عليها.

الجلسة السادسة عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات تناول الطعام والشراب.

هدف الجلسة: جلسة إرشاد أسري للأم.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - المناقشة.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

١- قام الباحث باستقبال أم كل طفل في الميعاد المتفق عليه بمقر أكاديمية الحنان، وذلك بهدف التعرف على الصعوبات التي واجهت الأم أثناء تدريب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على مهارات تناول الطعام والشراب في المنزل.

٢- عرضت الأم المشكلات التي واجهتها على الباحث، وقام الباحث بمناقشة الأم في هذه المشكلات موضحاً للأم بعض الأخطاء التي رصدها في تدريب الأم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

٣- وكانت أغلب المشكلات التي واجهت الأمهات متشابهة، ومنها: عناد الطفل ورفض تنفيذ المهارة، وضعف التواصل البصري من جانب الطفل، ووجود روتين حاد وعدم رغبه الطفل في كسر هذه الروتين.

٤- قام الباحث بتقديم الحلول المناسبة لهذه المشكلات في إطار خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي إطار المستوى الثقافي للأم، مع الحرص على كتابة كل مشكلة والحل الأمثل للتغلب عليها.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق سؤال الأم عن بعض المشكلات التي تم مناقشتها في الجلسة، مع إجابه الأم لتساؤلات الباحث.

الجلسة السابعة عشر والثامنة عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: أن يغسل الطفل يديه بالماء والصابون (جلستان).

الأدوات المستخدمة: حوض – صابونه – مناديل – فوطة – أفلام فيديو.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يغسل الطفل يديه بالماء والصابون (جلستان لكل طفل).

شاهد الطفل فيديو لطفل يغسل يديه قبل الأكل وبعده، وطفل أخر يأكل بدون غسل يديه وهو ما سبب له الشعور بالألم وذلك لتحفيز الطفل على غسل يديه قبل الأكل. وتم التدريب على النحو التالي:

- يذهب الطفل إلى الحمام.
- يقف الطفل أمام الحوض.
- يفتح الطفل حنفية الماء في اتجاه الفتح.
- يمسك الطفل بالصابون.
- يفرك الطفل يديه باستخدام الصابون.
- يضع الطفل الصابون في مكانه.
- يغسل الطفل يديه أسفل الحنفية.
- يغلق الطفل الحنفية في اتجاه الغلق.
- يجفف الطفل يديه بالفوطة الخاصة به.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل غسل يديه بالماء والصابون بمفرده.

الجلسة التاسعة عشر والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: أن يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون (جلستان).

الأدوات المستخدمة: حوض – فرشاة أسنان ومعجون – فوطة – أفلام فيديو.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يغسل الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون (جلستان لكل طفل).

شاهد الطفل فيديو لطفل يغسل أسنانه بالفرشاة والمعجون، وبعد ذلك تم التدريب على النحو التالي:

- يفتح الطفل غطاء علبة المعجون.
- يضغط الطفل على المعجون ليضعه على الفرشاة.
- يضع الطفل المعجون مكانه.
- يمسك الطفل الفرشاة في يده.
- يدخل الطفل الفرشاة داخل الفم.
- يحرك الطفل الفرشاة على الفك العلوي ثم السفلى.
- يخرج الطفل الفرشاة من فمه.
- يغسل الطفل أسنانه بالماء.
- يفتح الطفل حنفيه الماء.
- يغسل الطفل الفرشاة بالماء.
- يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل غسل أسنانه بالفرشاة والمعجون بمفرده.

الجلسة الواحدة والعشرون والثانية والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: أن يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: حمام مجهز – صابونه – مناديل – دمية – أفلام فيديو.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يستخدم الطفل الحمام في قضاء الحاجة.

– قام الباحث بإرشاد الأم إلى تثبيت مواعيد أكل الطفل خلال اليوم مع وضع جدول يهدف إلى تحديد المواعيد التي يحتاج فيه الطفل إلى دخول الحمام لقضاء الحاجة سواء الحمام الخفيف أو الثقيل، وخلال أسبوعين أصبح من الممكن توقع وقت دخول الطفل الحمام ، الأمر الذي ساعد على ضبط حمام الطفل.

جدول (١٠) تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على ضبط الحمام.

أيام الأسبوع	الحمام الخفيف (التبول)	الحمام الثقيل (التبرز)	ملاحظات
السبت	الساعة	الساعة	
الأحـد			
الاثنـين			
الثلاثاء			
الأربعاء			
الخميس			
الجمعة			

ملاحظات خاصة بالجدول:

* يرجى ضبط مواعيد تناول الطفل للوجبات وشرب الماء...الخ.
* يرجى إدخال الطفل إلى الحمام كل ساعة مع تسجيل استجابته في الجدول.
* يرجى وضع بعض الألعاب المحببة للطفل في الحمام.
* يرجى وضع صورة للإشارة إلى الحمام على الباب.
* يتم استخراج الأوقات التي يحتاج فيها الطفل إلى دخول الحمام.

وقام الباحث بنمذجة المهارة من خلال استخدام دمية حيث يلعب الباحث مع الطفل بالدمية:

(العروسة عايزة تأكل .. العروسة عايزة تشرب.. العروسة عايزة تدخل حمام .. وهكذا)، وذلك كما يلي:

- يملأ الطفل الدمية بالماء.
- يحمل الطفل الدمية إلى الحمام.
- يضع الطفل الدمية على المرحاض.
- ينزع الطفل السدادة من الدمية لينزل الماء منها.
- يمسك الطفل منديل.
- ينظف الطفل الدمية بالمنديل.
- يلقى الطفل المنديل في سلة المهملات.
- يفتح الطفل حنفية الماء.
- يغسل الطفل يديه جيداً.

وبعد ذلك قامت الأم بتدريب الطفل على استخدام الحمام في خطوات كالتالي:

- يدخل الطفل الحمام مع الأم.
- يغلق الطفل باب الحمام ليعتاد ذلك.
- يفتح الطفل لاصق البنطلون.
- ينزل الطفل البنطلون إلى الأسفل.
- يجلس الطفل على المرحاض.
- ينظف الطفل نفسه بالماء بمساعده الأم.
- يرفع الطفل البنطلون ويغلق اللاصق.
- يغسل الطفل يديه بالماء والصابون.

التقويم:

تم تقويم الجلسة من خلال سؤال الأم عن مدى قدرة الطفل على قضاء حاجته بالحمام بمفرده.

الجلسة الثالثة والعشرون والرابعة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: أن يستطيع الطفل الاستحمام (جلستان).

الأدوات المستخدمة: دش – شامبو – فوطة – صابونة – ليفة.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر).

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم،

المهارة: أن يستطيع الطفل الاستحمام.

- يدخل الطفل إلى الحمام مع الأم.
- تطلب الأم من الطفل قفل الباب ليعتاد ذلك.
- تسميه الأشياء التي سيتعامل معها الطفل مثل (دش- حنفية -شامبو -فوطة).
- يخلع الطفل ملابسه من أعلى إلى أسفل مع مساعدة بسيطة من الأم.
- يفتح الطفل حنفية الدش.
- يتحسس الطفل الماء لضبط الحرارة بمساعدة الأم.
- يقف الطفل أسفل الدش.
- يمسك الطفل زجاجة الشامبو ويفتح الغطاء.
- يضع الطفل الشامبو على رأسه.
- يدلك الطفل شعره بالشامبو.
- يضع الطفل رأسه تحت الماء.
- يغسل رأسه حتى تنتهي الرغوة.
- يمسك الطفل الصابونة والليفة.
- يدعك الطفل الصابونة في الليفة.
- يضع الطفل الصابون مكانه.
- يدعك الطفل أجزاء جسده بمساعدة الأم.
- يغسل الطفل أعضاء جسمه بالماء.
- ينشف الطفل أجزاء جسده بالفوطة.
- يرتدى الطفل ملابسه بمساعدة الأم.

التقويم:

تم تقويم الجلسة من خلال سؤال الأم عن مدى قدرة الطفل على الاستحمام في المنزل بمفرده

الجلسة الخامسة والعشرون والسادسة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: حمام مجهز – صابونه –فوطة – فرشاة أسنان ومعجون – مناديل – شامبو.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

– قام الباحث بتخصيص جلستان لإعادة تدريب الطفل على المهارات السابقة والتي سبق التدريب عليها خلال الجلسات السابقة؛ وذلك لتثبيت المهارات التي سبق أن تدرب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على أدائها، وكذلك حتي يطمئن الباحث إلى بقاء أثر التدريب لدى الطفل.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل آداء المهارات التي سبق التدريب عليها.

الجلسة السابعة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات النظافة الشخصية.

هدف الجلسة: جلسة إرشاد أسري للأم.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - المناقشة.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

١- قام الباحث باستقبال أم كل طفل في الميعاد المتفق عليه بمقر أكاديمية الحنان، وذلك بهدف التعرف على الصعوبات التي واجهت الأم أثناء تدريب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على مهارات تناول الطعام والشراب في المنزل.

٢- عرضت الأم المشكلات التي واجهتها على الباحث، وقام الباحث بمناقشة الأم في هذه المشكلات موضحاً للأم بعض الأخطاء التي رصدها في تدريب الأم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

٣- وكانت أغلب المشكلات التي واجهت الأمهات متشابهة، ومنها: عناد الطفل ورفض تنفيذ المهارة، وضعف التواصل البصري من جانب الطفل، ووجود روتين حاد وعدم رغبه الطفل في كسر هذه الروتين.

٤- قام الباحث بتقديم الحلول المناسبة لهذه المشكلات في إطار خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي إطار المستوى الثقافي للأم، مع الحرص على كتابة كل مشكلة والحل الأمثل للتغلب عليها.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق سؤال الأم عن بعض المشكلات التي تم مناقشتها في الجلسة، مع إجابه الأم لتساؤلات الباحث.

الجلسة الثامنة والعشرون والتاسعة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: - أن يرتدي الطفل القميص (جلسة واحدة).

- أن يخلع الطفل القميص (جلسة واحدة).

الأدوات المستخدمة: ملابس خاصة بالطفل (قميص).

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر).

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل.

المهارة الأولى : أن يرتدي الطفل القميص (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على ارتداء القميص وذلك كما يلي:

- يمسك الطفل القميص.
- يحدد الطفل مكان دائرة دخول الرأس.
- يضع الطفل رأسه داخل هذا المكان.
- يسحب الطفل القميص لأسفل حتى يدخل الرأس.
- يدخل الطفل اليد اليمنى داخل الكم الذي بجانبه.
- يدخل الطفل اليد اليسرى داخل الكم الذي بجانبه.
- يسحب الطفل طرف القميص إلى الأسفل.

المهارة الثانية : أن يخلع الطفل القميص (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على خلع القميص وذلك كما يلي:

- يفك الطفل أزرار القميص من أعلى إلى أسفل.
- يرفع الطفل طرفي القميص إلى أعلى.
- يسحب الطفل يده اليمنى من طرف القميص الأيمن.
- يسحب الطفل يده اليسرى من طرف القميص الأيسر.
- يضع الطفل القميص بجانبه.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ارتداء وخلع قميص بمفرده.

الجلسة الثلاثون والواحدة والثلاثون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: - أن يرتدي الطفل البنطلون (جلسة واحدة).
- أن يخلع الطفل البنطلون (جلسة واحدة).

الأدوات المستخدمة: ملابس خاصة بالطفل (بنطلون).

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر).

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل.

المهارة الأولى : أن يرتدي الطفل البنطلون (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على ارتداء البنطلون وذلك كما يلي:

– يجلس الطفل على كرسي مناسب.
– يمسك الطفل البنطلون من طرفية العلويين.
– يضع الطفل البنطلون أمام الساقين.
– ينزل الطفل البنطلون باتجاه الأرض.
– يدخل الطفل القدم اليمنى في الفتحة المناسبة من البنطلون.
– يدخل الطفل القدم اليسرى في الفتحة المناسبة من البنطلون.
– يقف الطفل ممسكاً بطرف البنطلون.
– يدخل الطفل القميص داخل البنطلون
– يسحب الطفل سوسته البنطلون إلى أعلى.

المهارة الثانية : أن يخلع الطفل البنطلون (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على خلع البنطلون وذلك كما يلي:

– يفتح الطفل اللاصق الخاص بالبنطلون.
– ينزل الطفل طرفي البنطلون إلى الأسفل.
– يرفع الطفل قدمه اليمنى إلى الأعلى حتى نزول البنطلون.
– يرفع الطفل قدمه اليسرى إلى الأعلى حتى نزول البنطلون.
– يضع الطفل البنطلون بجانبه.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ارتداء وخلع بنطلون بمفرده.

الجلسة الثانية والثلاثون والثالثة والثلاثون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: - أن يرتدي الطفل الشراب (جلسة واحدة).

- أن يخلع الطفل الشراب (جلسة واحدة).

الأدوات المستخدمة: ملابس خاصة بالطفل (شراب).

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر).

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل.

المهارة الأولى : أن يرتدي الطفل الشراب (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على ارتداء الشراب وذلك كما يلي:

– يعرف الباحث الطفل وجه الشراب من خلفه بمساعدة الباحث.
– يمسك الطفل الشراب من أعلى.
– يثني الطفل طرف الشراب.
– يدخل الطفل قدمه في الشراب.
– يسحب الطفل الشراب إلى أعلى حتى بداية ساقه.
– يرتب الطفل الشراب من مكان الأصابع وكعب القدم.

المهارة الثانية : أن يخلع الطفل الشراب (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على خلع الشراب وذلك كما يلي:

– يجلس الطفل على كرسي مناسب.
– ينزل الطفل طرفي الشراب عند بداية القدم.
– ينزل الطفل الشراب من الكعب.
– يسحب الطفل الشراب من عند بداية الأصابع.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ارتداء وخلع شراب بمفرده.

الجلسة الرابعة والثلاثون والخامسة والثلاثون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: - أن يرتدي الطفل الحذاء (جلسة واحدة).
- أن يخلع الطفل الحذاء (جلسة واحدة).

الأدوات المستخدمة: ملابس خاصة بالطفل (حذاء).

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر).

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل.

المهارة الأولى : أن يرتدي الطفل الحذاء (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على ارتداء الحذاء وذلك كما يلي:

– يضع الباحث للطفل الحذاء الخاص به.
– يحدد الباحث للطفل الناحية اليمنى من الناحية اليسرى.
– يفتح الطفل الحذاء عن طريق فك اللاصق الخاص به.
– يدفع الطفل قدمه إلى داخل الحذاء.
– يرفع الطفل خلف الحذاء بإصبع القدم.
– يغلق الطفل الحذاء عن طريق قفل اللاصق.

المهارة الثانية : أن يخلع الطفل الحذاء (جلسة واحدة).

قام الباحث بتدريب الطفل على خلع الحذاء وذلك كما يلي:

– يجلس الطفل على كرسي مناسب.
– يفك الطفل اللاصق الخاص بالحذاء الأيمن.
– يخلع الطفل الحذاء الأيمن.
– يفك الطفل اللاصق الخاص بالحذاء الأيسر.
– يخلع الطفل الحذاء الأيسر.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ارتداء وخلع حذاء بمفرده.

الجلسة السادسة والثلاثون والسابعة والثلاثون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: ملابس خاصة بالطفل (بنطلون– قميص – شراب – حذاء).

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجــراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

– قام الباحث بتخصيص جلستان لإعادة تدريب الطفل على المهارات السابقة والتي سبق التدريب عليها خلال الجلسات السابقة؛ وذلك لتثبيت المهارات التي سبق أن تدرب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على أدائها، وكذلك حتي يطمئن الباحث إلى بقاء أثر التدريب لدى الطفل.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل ارتداء وخلع (بنطلون– قميص – شراب – حذاء) بمفرده.

الجلسة الثامنة والثلاثون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات المظهر العام.

هدف الجلسة: جلسة إرشاد أسري للأم.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة – المناقشة.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجــراءات:

١- قام الباحث باستقبال أم كل طفل في الميعاد المتفق عليه بمقر أكاديمية الحنان، وذلك بهدف التعرف على الصعوبات التي واجهت الأم أثناء تدريب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على مهارات تناول الطعام والشراب في المنزل.

٢- عرضت الأم المشكلات التي واجهتها على الباحث، وقام الباحث بمناقشة الأم في هذه المشكلات موضحاً للأم بعض الأخطاء التي رصدها في تدريب الأم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

٣- وكانت أغلب المشكلات التي واجهت الأمهات متشابهة، ومنها: عناد الطفل ورفض تنفيذ المهارة، وضعف التواصل البصري من جانب الطفل، ووجود روتين حاد وعدم رغبه الطفل في كسر هذه الروتين.

٤- قام الباحث بتقديم الحلول المناسبة لهذه المشكلات في إطار خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي إطار المستوى الثقافي للأم، مع الحرص على كتابة كل مشكلة والحل الأمثل للتغلب عليها.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق سؤال الأم عن بعض المشكلات التي تم مناقشتها في الجلسة، مع إجابه الأم لتساؤلات الباحث.

الجلسة التاسعة والثلاثون والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: أن يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل دون غيرها (جلستان).

الأدوات المستخدمة: تفاحة بلاستك – تفاحة حقيقية – موزة بلاستك – موزة حقيقية.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يميز الطفل الأشياء الصالحة للأكل دون غيرها (جلستان لكل طفل).

- يجلس الطفل أمام طاولة عليها طبق به تفاحة حقيقية وأخرى من البلاستك.
- يقدم الباحث للطفل التفاحة البلاستك.
- يقرب الطفل التفاحة من فمه.
- يقضم الطفل التفاحة.
- يضع الطفل التفاحة في الطبق.
- يقدم الباحث للطفل التفاحة الحقيقية.
- يقضم الطفل التفاحة.
- يعاد التدريب بنوع أخر من الفاكهة مثل الموزة.

ثم طلب الباحث من الأم إعادة التدريب في المنزل بأنواع متعددة من الفاكهة والخضار حتى يصبح الطفل قادراً على التعميم.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل التعرف على التفاحة الحقيقية من بين تفاحتين واحدة حقيقية والأخرى من البلاستك.

الجلسة الواحدة والأربعون والثانية والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: أن يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل مثل الأبواب (جلستان).

الأدوات المستخدمة: باب غرفة – نافذة غرفة.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يتجنب الطفل الاصطدام بأثاث المنزل مثل الأبواب، والنوافذ (جلستان لكل طفل).

لاحظ الباحث خلال عمله مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اتصافهم بالاندفاعية الشديدة، وبخاصة عند استخدام الأبواب والنوافذ.

وللتدريب على تعديل هذا السلوك يتم على النحو التالي:

– يطلب الباحث من الأم الإمساك بيد الطفل والطرق على الباب من الخارج.
– يضع الطفل يده على أكرة الباب.
– يدير الطفل الأكرة في الاتجاه الصحيح.
– يدفع الطفل الباب إلى داخل الغرفة.
– يدخل الطفل إلى داخل الغرفة.
– يغلق الطفل الباب بهدوء من الداخل.
– يعاد تدريب الطفل على فتح وغلق النافذة.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل دخول غرفة من خلال باب مغلق، وفتح نافذة مغلقة.

الجلسة الثالثة والأربعون والرابعة والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: أن يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور (جلستان).

الأدوات المستخدمة: زجاجة عصير – زجاجة دواء – زجاجة عطر.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

المهارة: أن يبتعد الطفل عن تناول الأدوية أو العطور (جلستان لكل طفل).

حيث يمثل قيام الطفل يتناول الأشياء الخطرة مثل الأدوية والعطور مصدر قلق من جانب أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وبالتالي أهتم الباحث بتدريب الطفل على الحذر من تناول مواد خطرة مثل الأدوية والعطور من خلال تنمية الانتباه الشمي لديه. وذلك كما يلي:

– يضع الباحث ثلاث زجاجات على الطاولة (زجاجة دواء - زجاجة عطر - زجاجة عصير).
– يقرب الباحث الزجاجة الأولى من أنف الطفل.
– يشم الطفل الزجاجة الأولى.
– يكرر الباحث باقي الزجاجات من أنف الطفل.
– يشم الطفل كل زجاجة على حده.
– يطلب الباحث من الطفل تحديد زجاجة العصير.
– يكافئ الطفل بتناول زجاجة العصير المحببة له.
– يعاد التدريب على نفس المهارة في الجلسة التالية.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل التعرف على زجاجة عصير من بين ثلاث زجاجات مختلفة.

الجلسة الخامسة والأربعون والسادسة والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: أن يعبر الطفل الطريق بسلام (جلستان).

الأدوات المستخدمة: أفلام فيديو – نموذج لإشارات المرور– عربية صغيرة.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل، وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

وقام الباحث باستخدام النمذجة من خلال عمل نموذج صغير للطريق وذلك كما يلي:

– يرسم الباحث على الأرض خطوط تمثل الطريق بالألوان الفسفورية.
– يقف الطفل فوق أحد الخطوط التي تمثل رصيف الطريق.
– يمشي الطفل على الخط بحذر.
– يشاهد الطفل اللون الأحمر علامة التوقف.
– يتوقف الطفل عن المشي.
– تمر عربية صغيرة على الطريق.
– يشاهد الطفل اللون الأصفر علامة الاستعداد.
– يستعد الطفل للمشي فوق الطريق.
– يشاهد الطفل اللون الأخضر علامة التحرك.
– ينظر الطفل يميناً ويساراً لرؤية الطريق.
– يعبر الطفل الرصيف إلى الجانب الأخر.

يتم تسجيل التدريب بالفيديو، ويشاهده الطفل مع الأم من (٢٠ إلى ٣٠) مرة لعدة أيام حتى يستطيع تعميم المهارة.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل التعرف على اشارة المرور المطلوبة من بين الإشارات الثلاث التي تعرض عليه.

الجلسة السابعة والأربعون والثامنة والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: إعادة التدريب على المهارات السابقة (جلستان).

الأدوات المستخدمة: فواكه بلاستيك وحقيقية – زجاجات عصير وأدوية وعطور– أفلام فيديو – نموذج إشارات المرور.

الفنيات المستخدمة: التعزيز – النمذجة – التشكيل – التكرار.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

١– قام الباحث باستقبال كل طفل في الميعاد المحدد مع الأم في مقر أكاديمية الحنان مع الترحيب به ثم التدريب على المهارة (هدف الجلسة) وذلك لمدة عشر دقائق، وبعد ذلك التوقف وممارسة نشاط فاصل.

٢– استخدام الباحث بعض المعززات ومنها:

معززات أوليه مثل (مأكولات، ومشروبات، وحلويات)، أو معززات اجتماعية مثل (المدح، والمداعبة، والتصفيق)، أو معززات مادية مثل (الرسم والتلوين، واللعب بالعرائس، ومشاهدة الصور)، أو معززات في صورة أنشطة مثل (اللعب الحر، واللعب بالبالونات والمكعبات، واللعب على الكمبيوتر)، والتي تعرف عليها الباحث من خلال الأمهات.

٣– قام الباحث بإكمال تدريب الطفل لمدة عشر دقائق أخرى، وذلك باستخدام الفنيات المناسبة للمهارة، وأخيراً توجيه الأم إلى كيفية التدريب على المهارة في المنزل وذلك بهدف تدريب الطفل على المهارة مع التعميم، مع إعادة التدريب عليها في الجلسة التالية.

٤– قام الباحث بتخصيص جلستان لإعادة تدريب الطفل على المهارات السابقة والتي سبق التدريب عليها خلال الجلسات السابقة؛ وذلك لتثبيت المهارات التي سبق أن تدرب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على أدائها، وكذلك حتي يطمئن الباحث إلى بقاء أثر التدريب لدى الطفل.

ملاحظات خاصة بالتدريب.

قام الباحث بتقديم مساعدة جزئية للطفل تم تقليلها تدريجياً وصولاً إلى قدرة الطفل على آداء المهارات مستقلاً دون مساعدة، مع قيام الأم بإعادة تدريب الطفل في المنزل وذلك لضمان تعميم المهارة.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق طلب الباحث من الطفل آداء المهارات التي سبق التدريب عليها.

الجلسة التاسعة والأربعون

موضوع الجلسة: التدريب على مهارات الأمن والسلامة.

هدف الجلسة: جلسة إرشاد أسري للأم.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة – المناقشة.

زمن الجلسة: (٣٠) دقيقة.

نظام الجلسة: فردية.

الإجـراءات:

١– قام الباحث باستقبال أم كل طفل في الميعاد المتفق عليه بمقر أكاديمية الحنان، وذلك بهدف التعرف على الصعوبات التي واجهت الأم أثناء تدريب الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على مهارات تناول الطعام والشراب في المنزل.

٢– عرضت الأم المشكلات التي واجهتها على الباحث، وقام الباحث بمناقشة الأم في هذه المشكلات موضحاً للأم بعض الأخطاء التي رصدها في تدريب الأم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

٣– وكانت أغلب المشكلات التي واجهت الأمهات متشابهة، ومنها: عناد الطفل ورفض تنفيذ المهارة، وضعف التواصل البصري من جانب الطفل، ووجود روتين حاد وعدم رغبه الطفل في كسر هذه الروتين.

٤– قام الباحث بتقديم الحلول المناسبة لهذه المشكلات في إطار خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي إطار المستوى الثقافي للأم، مع الحرص على كتابة كل مشكلة والحل الأمثل للتغلب عليها.

التقويم:

تم تقويم الجلسة عن طريق سؤال الأم عن بعض المشكلات التي تم مناقشتها في الجلسة، مع إجابه الأم لتساؤلات الباحث.

الجلسة الخمسون

موضوع الجلسة: التطبيق البعدي لأدوات الدراسة.

هدف الجلسة: تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة.

زمن الجلسة: (٦٠) دقيقة.

نظام الجلسة: جماعية.

الإجـراءات:

١- قام الباحث بتوزيع استمارات مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على أولياء الأمور (أمهات الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة)؛ وذلك بهدف التطبيق البعدي للمقياس لتقييم مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد الانتهاء من جلسات برنامج التدخل المبكر.

٢- وطلب الباحث من الأمهات إعطاء الاستجابات المناسبة على فقرات المقياس (من وجهه نظر الأم) على مدى نمو مهارة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد في ممارسة وتطبيق مهارات العناية بالذات في المنزل.

٣- كما قام الباحث بالإجابة عن استفسارات الأمهات في توضيح بعض الفقرات دون تقديم أي توجيه لأي أم لوضع استجابة ما في أي فقرة من الفقرات الخاصة بمقياس تقدير مهارات العناية بالذات.

٤- ثم قام الباحث بجمع الاستمارات بعد انتهاء التطبيق على الأمهات.

٥- وشكر الباحث الأمهات على الانتظام في جلسات البرنامج طوال فترة التدريب على مدي ثلاثة اشهر هي مدة تطبيق برنامج التدخل المبكر.

٦- وطلب الباحث من الأمهات الاستمرار في تدريب الأطفال على مهارات العناية بالذات في المنزل.

٧- وقام الباحث بتقديم بعض الهدايا المناسبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة، والتقط بعض الصور التذكارية معهم.

جدول (١١) المشكلات التي واجهت الأمهات والإرشاد الأسري للتغلب عليها.

م	نوع المشكلة	الإرشاد الأسري للتغلب عليها
١-	الطفل عنيد ويرفض تنفذ المهارة رغم تدريبه عليه وقدرته علي آدائها.	**السبب:** وجود قصور في الإدراك عند الطفل ذو اضطراب طيف التوحد وبالتالي فهو أحياناً يرفض الأوامر لموجهه له. **وللتغلب على المشكلة:** يتم اتخاذ مجموعة من الخطوات: ١- النظر في عيني الطفل. ٢- الاستمرار في توجيه النظر في عيني الطفل حتى ينزل عينه أولاً. ٣- رفع الصوت في إعطاء للأمر. ٤- إظهار الغضب في نبرة الصوت وملامح الوجهة دون وجود غضب حقيقي داخل الأم.
٢-	الطفل لا يتواصل بصرياً مع الأم أثناء التدريب في المنزل.	**السبب:** يعد ضعف التواصل البصري أحد السمات الهامة عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. **وللتغلب على المشكلة:** ١- الإمساك بجانبي وجه الطفل مع قول بص لي. ٢- وضع نجوم ملونة حول عيني الأم ثم الكلام مع الطفل. ٣- وضع ألوان فسفورية حول عيني الأم قبل الكلام مع الطفل. ٤- وضع ماسك على وجه الأم قبل الكلام مع الطفل. ٥- وضع أي معزز يرغبه الطفل في الحصول عليه أمام عين الأم لمده ٥ ثواني ثم إعطاء للطفل. ٦- إطفاء إضاءة الغرفة ثم توجيه إضاءة كشاف على عيني مجسم مثل الدبدوب أو العروسة أمام الطفل. ومع التكرار تتحسن نظرة العين لدى الطفل تدريجياً.
٣-	الطفل معتاد على إطعام الأم له ويرفض إمساك الملعقة بنفسه.	**السبب:** الروتين والنمطية التي يتسم بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. **وللتغلب على المشكلة:** يتم استخدام أسلوب التشكيل (التقريب التدريجي) من خلال الاكتفاء بأن يمسك الطفل بالملعقة في يده دون تناول الطعام بها، وقيام الأم بإطعام الطفل، ومع التكرار يتم تقليل المساعدة تدريجياً.

م	نوع المشكلة	الإرشاد الأسري للتغلب عليها
٤-	الطفل ينثر الطعام على ملابسه.	**السبب:** حتى الأطفال الطبيعيون يفعلون ذلك حيث يعد هذا السلوك أمراً طبيعياً ومتوقعاً في بداية تدريب الطفل على الإمساك بالمعلقة. **وللتغلب على المشكلة:** يتم تنمية المهارات الحركية الدقيقة لدى الطفل لزيادة قدرته على الإمساك بالملعقة من خلال ممارسة أنشطة مثل: - فتح وغلق زجاجات المياه. - فتح وغلق أكر الأبواب في المنزل. - نقل خرز ملون بالملعقة من طبق لأخر. - لضم خرز ملون في خيط بلاستك. - قص صور من الصحف بالمقص.
٥-	الطفل غير معتاد على دخول الحمام ويصر على قضاء حاجته في مكان أخر خارج الحمام.	**السبب:** أن الطفل ذي اضطراب طيف التوحد يخشى صوت السيفون والفراغ الموجود في المرحاض. **وللتغلب على المشكلة:** يتم وضع مجموعة من المعززات المحببة للطفل في الحمام – تشغيل أناشيد أطفال أثناء وجوده في الحمام – ضبط الساعة البيولوجية للطفل من خلال تثبيت مواعيد الأكل والشرب والنوم والاستيقاظ يومياً بهدف تكوين روتين لدى الطفل.
٦-	الطفل ينفجر بالصراخ عند وضع الأم الفرشاة والمعجون في فمه مع رفضه الإمساك بهما رغم تقبله لهما مع الباحث.	**السبب:** استخدام فرشاة ومعجون غير مناسب للطفل. **وللتغلب على المشكلة:** طلب الباحث من الأم تدريب الطفل أمامه في الجلسة التالية ووجد أن الأم تستخدم فرشاه ذات شعر خشن ومعجون مذاقه أقرب إلى طعم الدواء، واستبدل الباحث الفرشاة بأخرى ناعمة ومعجون بطعم فاكهة محببة للطفل وهي التفاح وبالتالي أقبل الطفل على استخدامهما.
٧-	الطفل يبدل فردتي الحذاء اليمنى واليسرى ومشكلة تحديد اليمن من اليسار.	**السبب:** وجود قصور في الإدراك عند الطفل ذي اضطراب طيف التوحد. **وللتغلب على المشكلة:** تقوم الأم بتمييز فردة الحذاء اليمنى بعلامة مميزة تجعل الطفل يبدأ بارتدائها أولاً مع تكوين روتين لديه. علماً بأن نسبة كبيرة من الأطفال يستطيعون التمييز بين فردتي الحذاء بعد فترة قصيرة من التدريب بفعل عدم الراحة الناتجة عن تبديل فردتي الحذاء في القدم.

جمهورية مصر العربية



الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء

قرار رئيس الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء
بالتفويض
رقم (١٤٧١) لسنة ٢٠١٣

فى شأن قيام الباحث / وليد جمعة عثمان حسن حسين- المسجل لدرجة الماجستير فى التربية تخصص(تربية خاصة) بكلية التربية بالإسماعيلية- جامعة قناة السويس - باجراء دراسة ميدانية بعنوان (فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الاطفال التوحديين).

رئيس الجهاز

- بعد الإطلاع على القرار الجمهوري رقم (٢٩١٥) لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء وتنظيم الجهاز.
- وعلى قرار رئيس الجهاز رقم (٢٣١) لسنة ١٩٦٨ في شأن إجراء الإحصاءات والتعدادات والاستفتاءات والاستقصاءات .
- وعلي قرار رئيس الجهاز رقم (١٣١٤) لسنه ٢٠٠٧ بشأن التفويض في بعض الاختصاصات.
- وبعد الإطلاع علي مذكرة العرض علي رئيس الجهاز وموافقة سيادته علي ما ورد بها.
- وعلى كتاب كلية التربية بالإسماعيلية- جامعة قناة السويس الوارد للجهاز في٢٧/١١/ ٢٠١٣.

قــــرر

مادة ١: يقوم الباحث / وليد جمعة عثمان حسن حسين- المسجل لدرجة الماجستير فى التربية تخصص (تربية خاصة) بكلية التربية بالإسماعيلية- جامعة قناة السويس - بإجراء الدراسة الميدانية المشار اليها عالية.

مادة ٢: تجري الدراسة علي عينة حجمها (٦) ستة مفردات من السادة أولياء الأمور وأطفالهم التوحديين من الذكور من سن ٤-٦ سنوات وذلك بأكاديمية الحنان للتخاطب وتنمية المهارات فى محافظة الشرقية.

مادة ٣: تجمع البيانات اللازمة لهذه الدراسة طبقا للاستمارة المعدة لهذا الغرض والمعتمدة من الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء وعدد صفحاتها (صفحتان).

مادة ٤: تقوم وزارة التضامن الاجتماعي وتحت إشراف إدارة الأمن بها بتيسير إجراء الدراسة مع مراعاة الضوابط الخاصه بتقييم درجة سرية البيانات والمعلومات المتداوله مسبقا بمعرفة كل جهه طبقا لما جاء بخطة الامن بها.

مادة ٥: يراعى موافقة مفردات العينة - مع مراعاة سرية البيانات الفردية طبقا لأحكام القانون وعدم إستخدام البيانات التي يتم جمعها لأغراض أخري غير أغراض هذه الدراسة.

مادة ٦: يجري العمل الميداني خلال ثلاثة أشهر من تاريخ صدور هذا القرار.

مادة ٧: يوافي الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بنسخة من النتائج النهائية لهذه الدراسة.

مادة٨ : ينفذ هذا القرار من تاريخ صدوره.

صدر في: ٥ /١٢/ ٢٠١٣.



١٢/٥
٢٠١٣

أحمد عطية محمد
مدير عام الإدارة العامة للامن

ملخص الدراسة باللغة العربية

مقدمة:-

إن الثروة البشرية هي أغلي ما تملكه الدول من ثروات بل يتوقف عليها تنمية واستثمار الثروات الأخرى، وتحتل مرحلة الطفولة أهمية خاصة في حياة الإنسان، فالطفولة صانعة المستقبل، وتُقاس درجة تقدم الأمم بمدى الإهتمام الذي تقدمه لأبنائها بجميع فئاتهم ومدى إعدادهم في جميع المجالات، وانطلاقاً من مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية اعترفت المجتمعات بحق المعاقين في التربية والتعليم وتنمية قدراتهم إلى أقصى درجة.

ويعد الطبيب النفسي ليوكانر Leo kanner أول من عرف اضطراب طيف التوحد من خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية حيث وصف السلوكيات والخصائص المميزة لإضطراب طيف التوحد والتي تشمل: عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتقليد (kanner، ١٩٤٣، ص٥).

وتحدد منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٣، ص٣) في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 اضطراب طيف التوحد بأنه "اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على عدة مجالات لعملية التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، كما يتسم أيضاً بوجود نوع من الأداء غير السوي في ثلاثة مجالات هي: التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوك النمطي المقيد التكراري".

وتعد السنوات الأولى في حياة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد من أهم مراحل نموه حيث أنها السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته الإنسانية ووضع اللبنات الأولى لبنائها، ولا تعود نتائج الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في هذه المرحلة إليهم فحسب بل تعود على المجتمع ككل على المدى البعيد. وتأتي خدمات التدخل المبكر والتي تعد تربية مبكرة من نوع خاص لتهتم برعاية وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، وذلك منذ اكتشاف الإضطراب مباشرة.

ويقدر انتشار اضطراب طيف التوحد مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص، وتزداد الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١ ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية أية علاقة باضطراب طيف التوحد (ماك كانهان Mc Cannahan، ٢٠٠٢ ، ص٩٠).

ولقد أكدت دراسات مختلفة على ضرورة وجود برامج تدخل مبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لمواجهه جوانب القصور المختلفة لديهم حيث ثبت فعالية هذه الدراسات (جيرالدا Gerald et al, ، ٢٠٠٣ ؛ وراضي الواقفي، ٢٠٠٤ ؛ وهورنر وآخرون .Horner et al، ٢٠٠٥ ؛ ولايتمور وآخرون .Lattimore et al، ٢٠٠٦ ؛ وعزة سعيد عرفة، ٢٠٠٨ ؛ وسهى أحمد أمين، ٢٠٠٨).

كما توصلت العديد من الدراسات إلى ضرورة تقديم برامج تدريبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بغرض تنمية مهارات العناية بالذات لديهم (اكسيس Eikeseth ، ٢٠٠٨ ؛ وكيهل Kyhl ، ٢٠٠٨ ؛ ومشيرة على الدين يوسف، ٢٠٠٩ ؛ وبلقيس إسماعيل داغستاني ، ٢٠١١ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى، ٢٠١٣).

مشكلة الدراسة:-

لاحظ الباحث خلال عمله مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، ومع فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل خاص وجود عدد كبير من المشكلات ونواحي القصور التي يعاني منها هؤلاء الأطفال سواء كانت مشكلات سلوكية، أو انفعالية، أو اجتماعية، ومن بينها عجز الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد عن أداء مهارات العناية بالذات مثل: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة.

ولهذا قام الباحث بالإطلاع على الدراسات السابقة التي اهتمت بخصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووجد أنها تؤكد على وجود قصور في مهارات العناية بالذات لديهم:

(أنوبي Inoue et al,، ١٩٩٤ ؛ وكاروثرس Carothers et al, ، ٢٠٠٤ ؛ ووليري Wolery et al ,، ٢٠٠٥ ؛ واكسيس Eikeseth ، ٢٠٠٨ ؛ وكيهل Kyhl ، ٢٠٠٨ ، ولمياء عبد الحميد بيومي، ٢٠٠٨ ؛ وجيهان حسين سليمان، ٢٠١١ ؛ ونعمات عبد المجيد موسى ، ٢٠١٣).

ومما سبق عرضه يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:-

ما فعالية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال اضطراب طيف التوحد (مهارات تناول الطعام والشراب ومهارات النظافة الشخصية ومهارات المظهر العام ومهارات الأمن والسلامة)، وما استمرارية هذه الفعالية؟

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده؟

هدف الدراسة:-

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من (٤-٦) سنوات، وكذلك التحقق من استمرارية فعالية البرنامج.

أهمية الدراسة:-

الأهمية النظرية:

١- تتناول الدراسة جانباً هاماً وظاهرة واضحة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتمثل في ضعف مهارات العناية بالذات والمهارات الاستقلالية بشكل عام وهو ما أكدته العديد من الدراسات.

٢- مساعدة وتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على تنمية مهارات العناية بالذات لديهم من خلال مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة.

٣- تقدم هذه الدراسة إطاراً نظرياً قد يستفيد منه العاملون بحقل ذوي الاحتياجات الخاصة عامة، والمهتمون باضطراب طيف التوحد بصفة خاصة.

الأهمية التطبيقية:

١- تقديم برنامج تدخل مبكر قائم على مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الأمر الذي يفيد في وضع البرامج التربوية الخاصة بهم.

٢- مساعدة أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال المساهمة في توفير برامج تدريبيه يمكنهم تطبيقها في المنزل لتدريب الطفل التوحدي على مهارات العناية بالذات.

٣- إعداد مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات الدراسة:-

تشتمل الدراسة الحالية على التعريفات الإجرائية التالية:

الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد Children with autism spectrum disorder:

يقصد الباحث بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "الأطفال الذين تم تشخيصهم ضمن فئات اضطراب طيف التوحد بواسطة (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو أخصائي التربية الخاصة)، وينطبق عليهم مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد (إعداد: جيليام جيمس، وترجمة وتقنين: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥)، وتتدرج أعمارهم ما بين ٤-٦ سنوات، وتتراوح معاملات ذكائهم ما بين ٥٥- ٧٠ درجة على مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة".

برنامج التدخل المبكر Early Intervention Program:

يقصد الباحث ببرنامج التدخل المبكر "برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية وتربوية تستند إلى مبادئ وفنيات علاجية، وذلك لتقييم مجموعة من الخبرات والمواقف، والأنشطة والمهام المختلفة التي تدخل في إطار التدخل المبكر، ويتم تقديمها في سن مبكرة (من الرابعة إلى السادسة)، لمجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، بهدف العمل على التقليل من آثار اضطراب طيف التوحد على الطفل وأسرته إلى أقصى حد ممكن".

مهارات العناية بالذات Self-care Skills:

يقصد الباحث بمهارات العناية بالذات " تلك المهارات التي تشتمل على؛ مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة، وذلك كما تقاس بمقياس تقدير مهارات العناية بالذات إعداد الباحث الحالي".

فروض الدراسة:-

١- توجد فروق دالة إحصائياً (بمستوى دلالة ٠.٠٥) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة).

إجراءات الدراسة:-

أولاً: منهج الدراسة.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، وذلك بالاعتماد على تصميم المجموعة الواحدة، وقياس قبلي وقياس بعدي وتتبعي، وذلك على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة عددها (٦) أطفال؛ لمعرفة مدى فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ثانياً: عينة الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد الخفيف (على مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد)، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنة، بمتوسط عمري (٥.٣) وانحراف معياري (٠.٥٤)، ومعاملات ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) وتم اختيارهم من أكاديمية (الحنان) للتخاطب وتنمية المهارات في محافظة الشرقية.

ثالثاً: أدوات الدراسة.

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (إعداد/ محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، وإشراف: محمود السيد أبو النيل، ٢٠١١).

٢- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (إعداد/ جيليام جيمس، وترجمة: عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥).

٣- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٤- برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٥- استمارة دراسة حالة لجمع المعلومات عن الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

٦- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحث).

رابعاً: الأساليب الإحصائية.

اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على بعض الأساليب الإحصائية الملائمة للدراسة (في ضوء طبيعتها، ومتغيراتها، وحجم العينة) وذلك من خلال استخدام:

- استخدام اختبار (ت) t-test البارامتري.

خامساً: نتائج الدراسة.

١- توجد فروق دالة إحصائياً (بمستوى دلالة ٠.٠٥) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة) وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين تقريباً من انتهاء البرنامج) على مقياس مهارات العناية بالذات وأبعاده (مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات المظهر العام، ومهارات الأمن والسلامة).

سادساً: توصيات الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة الحالية والعينة التي طبقت عليها، والنتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن التوصية بما يلي:

١- إجراء تشخيص مبكر للأطفال المتأخرين نمائياً وذلك بهدف تحديد فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى يتم تقديم برامج تدخل مبكر مناسبة لهم.

٢- إجراء مزيداً من البحوث والدراسات التي تستهدف تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام برامج وفنيات متنوعة.

٣- البدء بتدريب الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد على إتقان مهارات العناية بالذات في سن مبكرة وفقاً لقدراته لمساعدته على تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع أقرانه خلال مراحل الحياة المختلفة.

٤- من الضروري اشراك الأسرة في البرنامج التربوية الموجهة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى يمكن لهذه البرامج أن تحقق فعاليتها في إكساب الأطفال مهارات العناية بالذات.

٥- من الضروري عقد دورات تدريبية لأسر ومعلمي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتدريبهم على كيفية تدريب الأطفال على مهارات العناية بالذات بطرق مناسبة إجتماعياً.

٦- العمل على دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدارس التعليم العام بمراحله المختلفة لما يتمتعون به من قدرات عقلية ومهارية تقترب أو تساوي أحياناً قدرات الأطفال العاديين.

٧- عقد ندوات وورش عمل لتبادل الخبرات بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حول تجاربهم العملية في التعامل مع مهارات العناية بالذات مع أطفالهم، وخبراتهم في حل المشكلات المرتبطة بها.

٨- وجود فريق عمل متكامل لتقييم وتدريب فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويشمل طبيب أطفال وطبيب نفسية وعصبية وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي تخاطب ومعلم تربية خاصة إلى جانب الأسرة.

٩- ضرورة التعاون التام بين الأسرة ومراكز التدريب المختلفة بهدف التنسيق المتبادل حول مواجهة المشكلات المرتبطة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سواء في المنزل أو المدرسة.

١٠- إنشاء مراكز متخصصة في علاج وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث تتوافر فيها جميع الخدمات التي يحتاجها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل (التخاطب- تعديل السلوك – تنمية المهارات وغيرها).

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

Summary

Introduction:

The human wealth is the most valuable asset that nations ever owns, it also depends upon the development and investment of it's wealth, childhood occupies special importance in human life, Childhood is the future maker, the degree of progress of nations is measured by it, and from the principle of equal educational opportunities, communities are admitted the rights of the disabled in education and developing their abilities to the fullest degree.

The psychiatrist Leo kanner was the first one who identified autism spectrum disorder through observation of the eleven cases of mentally retarded children at Harvard University in the United States of America and describe their behaviors and characteristics of autism spectrum disorder, which includes; inability to develop social relationships with others, delaying in the acquisition of speech, the use of non-communicative speech, and play activities and typical repetitive, maintaining symmetry, the poor of imagination and imitation (kanner, 1943, p 5)

The World Health Organization (1993, p 3) in it's 10th International Classification of diseases identified the autism spectrum disorder as a " developmental widespread disorder adversely affects many areas of the development process, and is characterized by the existence of abnormal growth or mentally or both affects the child before three years old, beside the existence of a type of abnormal performance in three areas; social interaction, communication and verbal and non-verbal communication, and stereotyped restricted behavior".

The early years the child with autism spectrum disorder is the most important stage in his life in which he is forming and put the first building blocks of his character,. Since the discovery of the autism spectrum disorder the early intervention services is important to early breeding a special kind of care for the welfare and rehabilitation of children with autism spectrum disorder and their families.

Many studies confirmed the need for the existence of programs early intervention for children with autism spectrum disorder to face the various shortcomings of this disorder (Gerald et al, 2003; and Radi Allowaagafi,2004; and Horner et al, 2005; Lattimore et al. ,2006; Azza Said Arafa,2008; Suha and Ahmed Amin, 2008،(, and they also confirmed the need for providing training programs for children with autism spectrum disorder in order to develop the skills of self-care have (Eikeseth, 2008; Kyhl, 2008;Mushira Ali Din Yusuf, 2009; Balqis Ismail Daghestani, 2011; Nemat Abdul Majid Moussa, 2013)

The study problem:

During the researcher 's work with children with special needs in general, and with a class of children with autism spectrum disorder, in particular, the researcher observed that there were many problems and deficiencies experienced by these children, and it may be behavioral, or emotional, or social problems, including the inability of a child with a disorder autism spectrum to perform self-care skills such as; eating and drinking skills, personal hygiene skills, general appearance skills, and the skills of safety and security.

According to the previous presentation the problem of the study can be formulated in the following main question:

What is the effectiveness of early intervention program in the development of self-care skills in children autism spectrum disorder (eating and drinking skills, personal hygiene skills, general appearance skills, and the skills of safety and security.), and the effect of this effectiveness.

1 –Is there any statistically significant differences between the mean score ranks of the experimental group of the pre- and post of the multidimensional self-care skills scale in favor of the post multidimensional self-care skills scale?

2 –Is there any statistically significant differences between the mean score ranks of the post and follow up experimental group in the multidimensional self-care skills scale, two months after the end of applying the program?

The study Aim:

The present study aims to verify the effectiveness of early intervention program in the development of self-care skills in children with autism spectrum disorder aged (4-6) years, as well as check the continuity of the program's effectiveness.

The study importance:

Theoretical importance:

1- The study deals with an important aspect of the phenomenon is clear in children with autism spectrum disorder is the weakness in the skills of self-care skills and independence in general, which was confirmed by several studies.

2- Assistance and training children with autism spectrum disorder to develop the self-care skills through different activities.

3- This study provides a theoretical framework may benefit for the professionals in special needs field in general, and autism spectrum disorder in particular.

Practical importance:

1- Providing an early intervention program based on a group of techniques and various activities for the development of self-care skills in children with autism spectrum disorder

2- Helping families whom have children with autism spectrum disorder by contributing providing training programs they can apply at home to train their autistic child on self-care skills.

3- Setting scale of self-care skills for children with autism spectrum disorder.

Keywords:

Children with autism spectrum disorder:

"children who have been diagnosed within the categories of autism spectrum disorder by (psychiatrist or psychologist or special educator), and apply to them the scale Gilliam to estimate autism (preparation: Gilliam, James, and translation and legalization: Adel Abdul Muhammad, 2005) and fall between the ages of 4-6 years, and their intelligence coefficients ranging between 55-70 degrees on Stanford–Binet Intelligence Scale (the 5th edition)".

Early Intervention Program:

"early intervention program planned and organized in the light of the foundations of scientific and educational based on the principles and techniques of treatment, and to assess the range of experiences ,attitudes, activities and the various tasks that fall within the framework of early intervention, and are introduced at an early age (4-6), the group of children with autism spectrum disorder and their families, in order to work on minimizing the effects of autism spectrum disorder on the child and his family".

Self-care Skills

"Those skills that include; eating and drinking skills, personal hygiene skills, the skills of the general appearance, and the skills of safety and security.
It is measured by the scale of self-care skills prepared by the researcher."

The study hypotheses:

1- There were statistically significant differences (at significance level 0.05) between the mean score ranks of the experimental group of the pre- and post of the multidimensional self-care skills scale in favor of the post multidimensional self-care skills scale.
2- There were no statistically significant differences (at significance level 0.05) between the mean score rank of the post and follow up experimental group in the multidimensional self-care skills scale, two months after the end of applying the program.

The study Procedures:

The study method:

The current study depends on quasi-experimental approach depending on the design of one group, and measuring the pre and follow up, in a sample of children with mild autism spectrum disorder , (6) children; to see how the early intervention program to develop the skills of self-care could affect children with autism spectrum disorder.

The study sample:

The study sample consisted of (6) Autism Spectrum Disorder Children. The age between (4-6) years, the intelligence between (55-70) on Stanford–Binet Intelligence Scale (the 5th edition). They are selected from El-Hanan Academy for communication and skills development in the Sharkeya Governorate.

The study tools:

1- Stanford–Binet Intelligence Scale (the 5th edition). (Prepared by Mahmoud Abu-Eneel, 2011).
2- Gilliam Autism Rating Scale (GARS). (Prepared by James William. translated by Adel Abd- Allah, 2005).
3- Multidimensional Self-care skills of Autism Spectrum Disorder Children scale (prepared by the researcher)
4- and An Early Intervention Program for the development of self-care skills in Autism (prepared by the researcher)
5- Case study list to gather information about a child with autism spectrum disorder (prepared by the researcher).
6- Types of favorite reinforces list for children with autism spectrum disorder (prepared by the researcher).

Statistical methods:

- The use of the parametric (t-test).

The study results:

1 -There were statistically significant differences between the mean score ranks of the experimental group of the pre- and post of the multidimensional self-care skills scale such as (eating and drinking skills, personal hygiene skills, general appearance skills, and the skills of safety and security) in favor of the post multidimensional self-care skills scale.

2 -There were no statistically significant differences between the mean score ranks of the post and follow up experimental group in the multidimensional self-care skills scale such as(eating and drinking skills, personal hygiene skills, general appearance skills, and the skills of safety and security), two months after the end of applying the program.

Suez Canal University

Faculty of Education

Department of Special Education



Effectiveness of Early Intervention Program to Develop Self-care Skills of the Autistic Children

Submitted by:

Waleed Gomaa Othman Hassan

For a master's degree in Education
Specialization of (Special Education)

Supervision

Prof.Dr.Mohamed Mohamed Shawket

Professor of Special Education,
Faculty of Education-Ismailia
Suez Canal University

Prof.Dr.Abd El-Nasser Elsayed Amer

Professor of Educational Psychology,
Faculty of Education- Ismailia
Suez Canal University

2014